Rok XLIII. Kraków 23 Lipca 1904. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O veronalu, nowym leku nasennym.

Opracował

Dr. Tadeusz Pisarski.

W marcowym zeszycie „Therapie der Gegenwart“ z r. 1903 ogłosili Fischer i Mering wyniki doświadczeń, jakie przeprowadzili na zwierzętach z licznym szeregiem środków, które, według ich teoretycznego rozumowania, miały posiadać własności nasenne. Były to przetwory, które w swoim składzie zawierały grupę mocznika w połączeniu z większą ilością grup etylowych ($C_2 H_5$). Wiele z nich okazało się jednak niedziałającymi wcale, niektóre działały zbyt trująco, a tylko jeden z tych środków okazał się nawet w większych dawkach nietrującym i sprowadzającym sen, nie różniący się w niczem od naturalnego. Środkiem tym jest veronal, nazwany tak dla krótkości, a którego nazwa chemiczna brzmi *diaetylmalonylcarbamid*, a znak chemiczny:

$$\begin{matrix} C_2 H_5 \\ C_2 H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} CO - NH \\ CO - NH \end{matrix} > CO = \\ = C_8 H_{12} N_2 O_3.$$

Veronal przedstawia się jako proszek biały, składający się z krystalicznych igiełek, w smaku nieco gorzki, topi się w ciepłocie 190° C. W wodzie rozpuszcza się dość łatwo, bo w 12 częściach wody wrzącej, a 145 częściach wody o ciepłocie 20° C. W roztworze wodnym oddziaływa słabo kwaśno. Bardzo łatwo rozpuszcza się w wyskoku absolutnym, nieco trudniej w eterze i chloroformie; w glicerynie i oliwie zupełnie się nie rozpuszcza.

Wiedząc, jak ważną rzeczą jest rozporządzanie możebnie największą liczbą leków nasennych i słysząc pochwały o zaletach veronalu, jako środka nasennego, postanowiłem własną obserwacyą stwierdzić jego działanie na chorych, a otrzymawszy do rozporządzenia bogaty materyał oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego, przeprowadziłem szereg doświadczeń. Do doświadczeń tych wybierałem zawsze chorych, u których bezsenność stanowiła istotne wskazanie do podawania leku nasennego, a unikałem szablonowego podawania leku bez ścisłego wskazania. Niejednokrotnie, gdy mi się zdawało, że chory pomimo skarg śpi dobrze, podawałem lek obojętny i dopiero, jeżeli podawanie okazało się bezskutecznem, zapisywałem veronal. To samo powtarzało się często i wśród podawania veronalu dla kontroli, jak również zastępowałem go sulfonalem lub trionalem, a raz, w celach porównawczych, wyciągiem konopi indyjskich.

Doświadczenia przeprowadziłem na 60 chorych, mianowicie na 35 mężczyznach i 25 kobietach. Wiek chorych wahał się między 12 a 78 rokiem życia. Co do chorób, to przedstawiają się one w następującym szeregu: gruźlica płuc (16); nieżyt oskrzeli z rozedmą płuc wyższego stopnia, z puchliną (6); wysięk opłucnowy (2); zapalenie płuc nieżytowe ostre (2); zawał krwawy płuc (1); gruźlica opłucnowo-otrzewnowa (1); zapalenie płuc włóknikowe (2); niedomykalność zastawki dwudzielnej (6); niedomykalność zastawki dwudzielnej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego w okresie skurczowej niedomogi serca (3); zapalenie mięśnia sercowego (1); zapalenie osierdzia (1); miażdżyca tętnic (1); gościec stawowy ostry (3); gościec stawowy przewlekły (5); gościec mięśniowy (2); zapalenie nerek przewlekłe (2); nieżyt żołądka przewlekły (4); żółtaczka nieżytowa (1); zapalenie kiszek mieszkowe (1); nowotwór żołądka (1); rozstrój nerwowy (3); macinnica (1); pląsawica (1); ogłupienie starcze (1); potłuczenie (2); złamanie żebra (1); moczówka cukrowa (1); kiła (1); gnilec (1).

Chorzy ci w części przebywali stale w łóżku, w części zaś chodzili, a tylko pewną liczbę godzin leżeli. Powodem bezsenności było przeważnie zdenerwowanie, lub też podniecenie albo przygnębienie, jakie zwykło towarzyszyć wyżej przytoczonym chorobom; wreszcie różne dolegliwości natury czysto fizycznej, jak kaszel, duszność, ból, kłucie i t. p. Kilkunastu z tych chorych pobierało już przedtem różne leki nasenne — z różnym skutkiem. Ogółem zużyłem 195·23 grm. veronalu, podając go w różnej postaci 284 razy. Największa ilość na jedną dawkę, jakiej używałem, wynosiła 3.00 dziennie, nieprzekroczyłem również nigdy tejże ilości, posuwając się zwolna ku górze od 0·25.

Pora podawania przypadała najczęściej na 8-mą godzinę wieczorem, jednak i w dzień otrzymywali chorzy veronal, jeżeli chodziło o graficzne zdjęcie tętna sfigmografem, lub też o ściślejszą obserwacyę samego snu.

Przez cały czas podawania veronalu każdy chory był pilnie obserwowany co do czynności wszystkich narządów, szczególniejszą zaś uwagę zwracałem na mocz tak co do ilości jego na dobę, jako też i co do składu chemicznego.

Na podstawie liczb, jakie przy każdej dawce notowałem, wywnioskowałem czas, w którym sen zwykle występował, a który oczywiście dla różnych dawek — będzie różnym. Uwzględniając wiek, płeć i t. d., a także inne okoliczności, jak np. czy chory leży po zażyciu, czy też chodzi, czy jest osłabiony i wynędzniały, czy też silny i zażywny, mogę podać jako prawidło, że dawka 0·25 sprowadza sen w 1—1$^1/_2$ godz., lecz tylko u kobiet lub bardzo osłabionych mężczyzn. Dawka 0·50 wywołuje sen tak u mężczyzn, jak i u kobiet, najpóźniej w 1 godz. Dawki 0·75 do 1·00 wywołują stan senności już po pół godz., zaś 1·50 do 3·00 po 10—15 minutach. Oczywiście tu i ówdzie zdarzy się przypadek, że nawet po 1,00 chory uczuwa senność

dopiero w dwie lub trzy godziny, lecz to tylko wyjątkowo, n. p. u ludzi, którzy poprzednio nadużywali wyskoku.

Sen trwa przeciętnie 6—7 godzin. Pod tym względem liczby moje różne są od liczb niektórych autorów niemieckich, którzy znajdowali, że sen trwa nieco dłużej: Rosenfeld stwierdził trwanie snu 11 godzin, Berent 7 do 11, Fischer 6—10, Lilienfeld 7—9, Lotsch 8.

Senność, uczuwaną po zażyciu veronalu, jako też i sam sen, odczuwali chorzy jako zupełnie naturalną potrzebę zaśnięcia i nigdy ona nie występowała tak silnie, aby się chory nawet mógł domyśleć, że sprowadzoną została jakimś lekiem. Raz tylko jedna chora licząca lat 19, a cierpiąca na niedomykalność zastawki dwudzielnej, mówiła, że w pół godz. po zażyciu pastylki (0·50) doznała uczucia, jak gdyby wypiła kieliszek wódki. Uczucia tego nie określała jednak jako stanu niemiłego. Sen u kobiet po dawkach 0·25—0·50 i u mężczyzn po 0·50—1·0 bywa spokojny i miernie głęboki, a chorego można każdej chwili łatwo obudzić. Dawki jednak 1·0 u kobiet, a 1·50 i wyżej u mężczyzn, sprowadzają często sen twardy i głęboki, który chorzy niemile odczuwają. Jak głębokim bywa w takich razach sen, najlepiej świadczy fakt, że jeden z chorych po zażyciu 1·50 veronalu spadł w nocy z łóżka i w dalszym ciągu spał na ziemi, nic o tem nie wiedząc. Była to dawka doświadczalna. Do dawek jednak takich rzadko uciekać się trzeba, a 1,0 stanowi dawkę prawie największą dla użycia wewnętrznego; w chorobach umysłowych, tam, gdzie bezsenność występuje u osobników z silnem podnieceniem lub przygnębieniem, tam być może, że dawki większe mogą być koniecznemi.

Berent podaje kilka przypadków, które przebiegały z silnem podnieceniem i niepokojem, a mianowicie jeden przypadek alkoholizmu, obłędu opilczego, porażenia postępującego, kurczów macienniczych i padaczkowych, w których posuwał się do dawki 3·50 na jeden raz, a 8·0 w ciągu całego dnia i nie uważał wcale żadnych szkodliwych wyników ubocznych. Würth doszedł do takich samych wyników, używając veronalu w dawce pojedynczej po 2·50 i zużył go w przeciągu miesiąca 41 gramów.

Ja również podawałem veronal kilkanaście razy w dawkach 1·50—3·0, a przypadki te dotyczyły chorych na gruźlicę płuc. Sen był zawsze twardy, długi, trwający 9—10 godzin; czasem trudno się było chorego dobudzić, a raz po zażyciu trzech gramów przez trzy dni utrzymywała się senność i uczucie znużenia; przedmiotowych jednak zmian nie stwierdziłem żadnych.

Na 284 dawek 151 razy budzili się chorzy z przyjemnem uczuciem wyspania się i wypoczęcia; w 75 przypadkach skarżyli się po obudzeniu na różne podmiotowe przypadłości; jako to: ból, zawrót i ciężkość głowy, szum w uszach, ociężałość w członkach, zataczanie się przy chodzeniu, uczucie jak po upiciu się. Wszystkie te dolegliwości były przemijające i krótkotrwałe, a zjawiając się bezpośrednio po obudzeniu, dotyczyły przeważnie kobiet, jeżeli użyłem u nich większych dawek (1·0). Mężczyźni dopiero po dawkach 1·50 uskarżali się na niemiłe uczucie po obudzeniu się. Wogóle wyżej przytoczone przypadłości podmiotowe spostrzegałem znacznie częściej, niż inni autorowie, którzy tylko tu i ówdzie wspominają o odosobnionych przypadkach.

Jako nadzwyczajną zaletę veronalu podnoszą zgodnie prawie wszyscy autorowie tę jego właściwość, że nie działa zbiorowo; dotychczas sam tylko Fischer zanotował jeden jedyny przypadek, gdzie zbiorowe działanie było widoczne.

Rzecz, na podstawie moich badań, przedstawia się w nieco innem świetle. W 19 przypadkach (= około 10%) stwierdziłem senność, utrzymującą się kilkanaście godzin po obudzeniu się ze snu nocnego, co świadczy, że już jedna dawka może działać przez dłuższy przeciąg czasu. Kilka razy początkowe dawki nie wpływały zupełnie lub niedostatecznie, zaś po trzeciej lub czwartej dawce występowało działanie takie, jakie zwykło występować dopiero po większych dawkach, a któremu towarzyszyły zazwyczaj różne przypadłości podmiotowe. Po jedno- lub dwudniowej przerwie mijały owe objawy zbiorowego działania i chorzy tacy zażywali w dalszym ciągu veronal, nie doznając żadnych przypadłości.

Za zdolnością wywoływania zbiorowego działania przemawiałaby i ta okoliczność, spostrzegana także przez innych, że z biegiem czasu, jeżeli się weronal podaje co pewien krótki czas, wystarczają coraz mniejsze dawki do wywołania tego samego skutku.

Żeby działanie veronalu przy dłuższem jego zażywaniu stawało się słabszem, tego nie uważałem nigdy. Również nie zdradzali chorzy nigdy nawyknienia, jak to np. ma miejsce przy morfinie. Dopominali się wprawdzie niejednokrotnie o pastylki lub proszek, lecz byli to chorzy, u których lekkie dolegliwości fizyczne przez sprowadzenie snu ustępowały, n. p. kaszel u suchotników w początkowych okresach.

W przypadkach więc bezssenności, której przyczyna nie leży w przypadłościach fizycznych, jak ból, kaszel, darcie, duszność i t. p,. można się po veronalu spodziewać skutku pewnego i przyjemnego: jeżeli jednak chodzi o wyżej wspomniane dolegliwości, które choremu usnąć nie dają, to przez podanie veronalu, choćby nawet w dawce większej, sprowadzi się tylko senność, lecz nie sen. U osób takich próbowałem łączyć veronal z innym lekiem odurzającym. Aronheim podaje w takich razach „atropinum methylobromatum“ w dawce 0·002; ja jednak próbowałem łączyć go z „codeinum phosphoricum“ po 0·02 lub „dioninum“ po 0·02 i zawsze z bardzo dobrym skutkiem. W przypadkach, gdzie przez kilka dni podawany veronal z powodu kaszlu lub bólu nie sprowadzał snu, w tej kombinacyi zawsze dobrze działał. (Dok. nast.)

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i **Dr. Teodor Cybulski**
asystent kliniki. demonstrator kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego przez Dra Tadeusza Żeleńskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w dniu 11 maja 1904).

(Dokończenie).

W zapaleniu włóknikowem i nieżytowem płuc badaliśmy krew w 16 przypadkach i znaleźliśmy 12 razy myelocyty, nieraz w ilości dochodzącej do 3%. Jednakże na-

leży zauważyć, że znaczny odsetek tych dzieci dotkniętym był równocześnie jednem z wyżej wymienionych przewlekłych cierpień, mianowicie krzywicą, lub nieżytem przewodu pokarmowego.

Tab. VII. Zapalenie płuc włóknikowe i nieżytowe.

Badanych przypadków 16.

znaleziono: myelocyty same . . . . 7 razy
„ myelocyty i ciałka czerw. z jądrami 5 „
„ ciałka czerwone z jądrami same . 1 „
wynik ujemny . . . . 3 „

L. porz.		Wiek	śledziona	liczba ciałek białych	limfocyty	neutrofile	eozynochłonne	przejściowe	duże jednojądrz.	tuczne	myelocyty		ciałka czerw. z jądrami	
											neutrofiln.	eozynochł.	normobl.	megaloblas.
1	Bronchopneumonia. Rhachitis lev. gradus.	1 rok	—	znaczna leukocytoza	39·0	50·3	0	7·0	3·2	—	0·5	0	0	0
2	Pneumonia ambilat. in ind. rhachitico.	6 mies.	—	b. znaczna leukocytoza	19·0	68·2	0·1	7·8	1·1	—	3·0	0	0·8	0
3	Bronchopneumonia. Rhachitis min. gradus. Tumor lienis et hepatis.	7 mies.	macalna	b. znaczna leukocytoza	22·0	72·3	0	2·0	0·2	—	3·5	0	0·6	0
4	Bronchopneumonia. Rhachitis lev. gradus.	9 mies.	—	znaczna leukocytoza	69·25	26·4	3·75	6·5	1·75	—	1·35	0	0	0
5	Pneumonia crouposa.	3 tyg	—	b. znaczna leukocytoza	46·5	37·5	0·25	12·5	0·5	0·25	2·5	0	0	0
6	Bronchopneumonia ambilat., debilitas congenita.	10 dni	—	znaczna leukocytoza	30 6	37·6	2·8	14·2	3·3	—	11·5	0	2·5	1·4
7	Bronchopneumonia.	10 mies.	—	mierna leukocytoza	54·6	37·0	0·2	6·6	1·6	—	0	0	0·15	0
8	Pneumonia crouposa.	3 mies.	—	b. znaczna leukocytoza	46·7	46·2	2·5	2·8	0·4	0·2	1·2	0	0·3	0
9	Bronchopneumonia p. morbillos.	10 mies	—	znaczna leukocytoza	58·8	32·6	1·2	5·4	0·6	—	1·4	0	0	0
10	Bronchopneumonia.	14 mies.	—	mierna leukocytoza	70·0	15·5	1·25	10·0	2·5	—	0·25	0	0	0
11	Pneumonia crouposa.	2 lata	—	b. znaczna leukocytoza	24·0	69·2	0	6·0	0·3	—	0·5	0	0	0
12	Bronchopneumonia. Inanitio.	6 mies.	—	znaczna leukocytoza	62·5	25·25	0	7·75	2·5	—	2·0	0	0	0
13	Bronchopneumonia, Atrepsia, inanitio.	5 tyg.	—	znaczna leukocytoza	30·1	53·1	1·4	9·2	0·8	0·2	5·2	0	1·6	0

Badania krwi, podjęte w 5 przypadkach ostrej niestrawności u dzieci w pierwszych tygodniach życia, wykazały za każdym razem obecność myelocytów. W jednym przypadku postacie te bardzo piękne i typowe znachodziły się w ilości 5·75%. W żadnym z badanych przypadków nie znalezliśmy natomiast ciałek czerwonych z jądrami.

Tab. VIII. Dyspepsia.

Wiek	liczba ciałek białych	limfocytów	neutrofilów	eozynochłonnych	przejściowych	dużych jednojąd.	tucznych	myelocytów	
								neutrofiln.	eozynochł.
3 tyg.	mało	81·0	6·50	0·5	6·0	0·75	0	5·5	0·25
2 tyg.	mało	50	33·3	5·6	7·8	0·8	0·2	2·3	0
3 tyg.	mierna ilość	58·7	33·0	0·2	6·3	1·2	0	0·6	0
3 tyg.	mało	54·8	41·0	1·5	1·2	0·3	0·2	1·0	0
5 tyg.	mierna ilość	54·2	32	7·0	6·0	0·6	0	0	0·2

W 4 badanych przypadkach ospy wietrznej u dzieci od 6 miesięcy do 2 lat nie znaleźliśmy ciałek szpiku kostnego.

Wreszcie spotkaliśmy myelocyty w pojedynczych przypadkach odry, wyprysku i porażenia spastycznego, połączonego z ogólnym zanikiem.

U dziecka 5-tygodniowego, doskonale odżywionego, z którem rodzice zgłosili się do szpitala jedynie z powodu wodniaka, i którego krew chcieliśmy zużytkować dla badania stosunków krwi prawidłowej, znaleźliśmy obok 1·2% ciałek czerwonych z jądrami, 2·8% bardzo ładnych myelocytów.

W końcu musimy wspomnieć o niezwykłym obrazie krwi, spotkanym u 2-dniowego dziecka z wrodzonym brakiem otworu kiszki stolcowej. Liczba myelocytów wynosiła u tego dziecka 20%, a liczba ciałek czerwonych z jądrami przewyższała w dwójnasób liczbę ciałek białych. Na jednem polu widzenia spotykaliśmy po 10 ciałek czerwonych z jądrami.

Ogółem biorąc na 157 badanych chorych dzieci spotkaliśmy odczyn ciałek szpiku kostnego 97 razy. Częstość pojawiania się tego odczynu zależy w znacznym stopniu od wieku dziecka: u dzieci poniżej 2 miesięcy poszukiwanie

wypadło 28 razy dodatnio, a tylko 3 ujemnie; od 2 do 6 miesięcy — 18 razy dodatnio, a 11 ujemnie; od 6 miesięcy do roku tylko 11 razy dodatnio, a już 13 ujemnie i t. d. Zdolność zatem do tego odczynu najwybitniejszą jest w pierwszych tygodniach życia i z wiekiem stopniowo maleje.

Krew dzieci zdrowych badaliśmy w kierunku myelocytów w dwudziestu kilku przypadkach, w części na materyale naszego ambulatoryum, w części zaś za łaskawem pozwoleniem Radcy Dworu Jordana w klinice położniczej. Stwierdziliśmy, że we krwi zdrowego dziecka w pierwszych kilkunastu tygodniach życia można niekiedy spotkać myelocyty bardzo typowe; wogóle jednak pojawiają się one nawet w tym wieku w warunkach fizyologicznych rzadko i w bardzo skąpej ilości. Powyżej tego wieku wynik był zawsze ujemny.

Badając krew w kierunku myelocytów, zwracaliśmy równocześnie szczególną uwagę na pojawienie się odczynu ciałek czerwonych z jądrami i na stosunek obu tych odczynów do siebie. W przytaczanej już poprzednio pracy Geisslera i Japhy autorowie ci bardzo stanowczo występują przeciwko poglądowi, „przyjętemu przez wielu badaczy jako dogmat“, jakoby pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami było częstem i codziennem zjawiskiem. Przeciwnie, Geissler i Japha uważają objaw ten za nader rzadki i przypisują obecności większej ilości tych postaci u dzieci, — podobnie jak u dorosłych, — ważne znaczenie w rozpoznaniu schorzenia narządów krwiotwórczych. Fakt, że między poszczególnymi autorami spotykamy tak znaczne sprzeczności w poglądach, tyczących się zjawiska tak znamiennego i nie dającego się przeoczyć, jak pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami, wypływa chyba jedynie z braku dostatecznej ilości szczegółowych zestawień, opartych na odpowiednio obszernym materyale. Prawdopodobnie ten sam brak jest przyczyną, że poglądy na obecność ciałek szpiku kostnego we krwi dziecka tak mało są ustalone. Przekonanie to skłoniło nas do włączenia w niniejszą pracę tablic, zawierających szczegółowy obraz badań krwi opracowanego przez nas materyału.

W naszych poszukiwaniach stwierdziliśmy, że odczyn ciałek czerwonych z jądrami pojawia się nierównie rzadziej, niż odczyn ciałek szpiku kostnego. Spotkaliśmy go mianowicie:

w niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony	na 8	przyp. 8	razy
w wątłości wrodzonej	„ 6	„ 4	„
w kile wrodzonej	„ 15	„ 7	„
w krzywicy (bez obrzęku śledziony)	„ 34	„ 4	„
w krzywicy (z obrzękiem śledziony)	„ 17	„ 6	„
w zołzach	„ 6	„ 1	„
w gruźlicy	„ 15	„ 2	„
w przewlekłym nieżycie jelit	„ 19	„ 6	„
w zapaleniu płuc	„ 16	„ 6	„
w ostrej niestrawności	„ 6	„ 0	„

Jeżeli wykluczymy 8 przypadków niedokrewności niemowlęcej, to znajdziemy obecność ciałek czerwonych z jądrami 36 razy na 134 badanych przypadków, podczas gdy myelocyty spotkaliśmy u tych samych chorych 80 razy. Ilość napotykanych ciałek czerwonych z jądrami jest wogóle bardzo skąpa, wynosi zwykle ułamek odsetka (obliczanego w stosunku do ciałek białych). Ciałka czerwone z jądrami, spotykane w różnych stanach chorobowych, należą niemal wyłącznie do typu normoblastów; pojawianie się megaloblastów, — jeżeli wykluczymy przypadki ciężkiej niedokrewności niemowlęcej, — spostrzegaliśmy tylko zupełnie wyjątkowo i to w ilości minimalnej. Natomiast spotykaliśmy stale ciałka czerwone z jądrami, a zwłaszcza megaloblasty we wszystkich przypadkach ciężkiej niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony i to zwykle w znacznej ilości. We krwi zdrowych osesków spotykaliśmy niekiedy, lecz niezmiernie rzadko, w pierwszych tygodniach życia pojedyncze ciałka czerwone z jądrami.

Powyższe badania przekonały nas dostatecznie, że obecność ciałek szpiku kostnego we krwi chorych dzieci w pierwszych latach życia jest zjawiskiem nader pospolitem i pozbawionem wszelkich cech swoistości. Istota tego zjawiska stoi w ścisłym związku z omawianemi na wstępie tej pracy właściwościami krwi dziecięcej: mianowicie z ową wygórowaną zdolnością narządów krwiotwórczych dziecka do oddziaływania na wszystkie czynniki, szkodliwie wpływające na ustrój. Nasilenie tego odczynu zależy z jednej strony od przyczyn działających na ustrój; — z drugiej, — jak to mieliśmy sposobność wykazać, — od wieku dziecka, i wreszcie od indywidualnych własności danego ustroju. Co do przyczyn działających na ustrój, to najczęstszym czynnikiem, wywołującym odczyn ciałek szpikowych we krwi dziecka, będą najprawdopodobniej krążące we krwi toksyny. Widzieliśmy, jak w przypadku gruźlicy wraz z postępem choroby, a co za tem idzie wzmożonem zatruciem ustroju toksyną gruźliczą, wzrasta liczba ciałek szpikowych we krwi; za takiem pojmowaniem rzeczy świadczą również omówione poprzednio przypadki kiły wrodzonej. O ilebyśmy jednak chcieli na podstawie tego objawu ocenić ciężkość danego stanu chorobowego u dziecka i uzyskać ewentualny punkt zaczepienia przy stawianiu rokowania, musimy koniecznie brać w rachubę i pozostałe inne czynniki. Im dziecko młodsze, tem znaczenie odczynu ciałek szpiku kostnego będzie mniejsze; w pierwszych tygodniach życia obecność skąpej ilości myelocytów we krwi pozbawiona jest wszelkiego niemal znaczenia, gdyż jak widzieliśmy, może mieć miejsce i w fizyologicznych warunkach. Wreszcie odgrywa tu rolę niedająca się ująć w żadne prawidła indywidualna pobudliwość ustroju. Te własności indywidualne najlepiej spostrzegaliśmy w przypadkach kiły wrodzonej, gdzie wiek dziecka i jakość czynnika przyczynowego były w przybliżeniu jednostajne: otóż przekonaliśmy się niejednokrotnie, że tak pojawianie się, jak też ilość myelocytów, wcale nie zawsze stoi w prostym stosunku do ciężkości zmian kiłowych.

Odnośnie do znaczenia obecności myelocytów w przypadkach ciężkiej niedokrewności niemowlęcej z obrzękiem śledziony i do przytoczonych powyżej poglądów francuskich autorów, badania nasze nastręczają następujące uwagi:

Wobec łatwości i pospolitości odczynu ciałek szpikowych w różnych stanach chorobowych w pierwszych latach życia zupełnie naturalnem jest, że odczyn ten spotykamy i w niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony. Jednakże właśnie te okoliczności są powodem, że nie możemy objawowi temu przypisywać zbyt ważnego znaczenia, ani dla odgraniczenia niedokrewności niemowlęcej z obrzmie-

niem śledziony od innych pokrewnych stanów chorobowych, ani też, — jak chcą Weil i Clerc, — dla zróżniczkowania i podziału tej grupy. Zebrane przez nas tu należące przypadki świadczą bardzo wyraźnie, że odczyn ciałek szpikowych może występować w postaciach niedokrewności niemowlęcej, bardzo różnorodnych klinicznie i etyologicznie. Również tworzenie na podstawie obecności myelocytów i obrzęku śledziony wspólnej dla dorosłych i dzieci grupy chorobowej pod nazwą „splénomégalie chronique avec anémie et myelémie“ nie może być przyjęte bez poważnych zastrzeżeń. Różnica w znaczeniu obecności ciałek szpiku kostnego we krwi dzieci, a u dorosłych, jest bardzo zasadnicza. U dziecka, — jak widzieliśmy, — obecność ta może być pospolitym wyrazem oddziaływania ustroju na najróżnorodniejsze czynniki chorobowe; natomiast u dorosłych pojawianie się we krwi myelocytów jest — według dotychczasowych poglądów — zawsze wyrazem ciężkiego schorzenia samych narządów krwiotwórczych. Dlatego też obrazy chorobowe, charakteryzujące się obecnością we krwi tych postaci, nie są — u dorosłego i u dziecka — bynajmniej równowartościowe.

Zestawienia nasze, osłabiając w wysokim stopniu znaczenie obecności myelocytów we krwi dziecka, potwierdziły natomiast ważną rolę, jaką przy ocenianiu danego przypadku chorobowego odgrywa obecność odczynu ciałek czerwonych z jądrami. Pojawianie się wo krwi znaczniejszej ilości tych postaci, a przedewszystkiem ciałek czerwonych, przewyższających znacznie rozmiarami ciałka prawidłowe i zawierających duże blado barwiące się jądro, czyli t. zw. megalo- i gigantoblastów, jest zawsze dowodem, że — bez względu na to, czy obraz niedokrewności niemowlęcej wystąpił pierwotnie, czy też rozwinął się wtórnie na znanem nam tle etyologicznem, — obecnie już sprawa chorobowa krwi stała się samoistną i wystąpiła na plan pierwszy; stąd objaw ten posiada ze względu na ocenienie danego przypadku chorobowego pierwszorzędne znaczenie. Widzimy zatem, że jakkolwiek pojęcie *anaemia infantilis pseudoleukaemica* jako samoistnej jednostki chorobowej zostało z punktu widzenia jedności klinicznej i etyologicznej nieco zachwiane, to jednak zasadnicze cechy obrazu chorobowego, skreślonego przez Jakscha, zachowały do dziś dnia w zupełności swoją doniosłość.

Kończąc tę pracę, poczuwamy się do miłego obowiązku podziękowania naszemu czcigodnemu szefowi prof. Jakubowskiemu za pozwolenie korzystania z materyału szpitala św. Ludwika i ambulatoryum klinicznego.

Piśmiennictwo. 1) Jacksch: Über Leukämie und Leukocytoze im Kindesalter (Wien. klin. Wochenschr., 1889, Nr. 22) — 2) Jaksch: Über Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes (Prag. med. Wochschr, 1890). — 3) Loos: Die Anämie bei her. Syphilis (Wiener klin. Wochenschr, 1892, Nr. 20). — 4) Loos: Über die Veränderungen der morphologischen Bestandtheile des Blutes bei verschiedenen Krankheiten der Kinder (Jahrb. f Kinderheilk., 1895, T. 39). — 5) Gundobin: Über die Morphologie und Pathologie des Blutes bei Kindern (Jahrb. f Kinderheilk., 1893, T. 35). — 6) Piotrowski: O leukemii i sprawach pokrewnych (Gaz. lekars., 1898). — 7) Fischl: Über die Anämien in frühen Kindesalter (Jahrb. f. Kinderheilk., 1898). — 8) Siegert: Über die Anämien im frühen Kindesalter (Jahrb. f. Kinderheilk., 1899). — 9) Audeoud: Maladies du sang (Traité des mal. de l'enf. de Grancher, T. II). — 10) Geissler u. Japha: Beitrag zu den Anämien junger Kinder (Jahrb f Kinderheilk, 1901). — 11) Carstanjen: Wie verhalten sich die procentischen Verhältnisse etc. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1900). — 12) Karnicki: Über das Blut gesunder Kinder (Archiv f. Kinderheilk., 1903). — 13) Weil et Clerk: Splénomégalie chronique avec anémie et réaction myeloïde du sang (Semaine medicale, 1902). — 14) Weil et Clerc: Splénomégalie chronique avec anémie et myelémie (ferme infantile) (Revue mens. des maladies de l'enf, 1903). — 15) Mahar, Nau et Rose: Anémie infantile pseudoleukémique (Revue mens. des maladies de l'enf. 1903). — 16) Mosse-Grünbaum: Zur Pathologie des Blutes im frühen Kindesalter (Jahrb. f. Kinderheilk., 1904). — 17) Żeleński: O niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony (Medycyna, 1904). — 18) Wernicki: O białaczce (Przegląd lekarski, 1895, Nr. 3).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Gaston Lyon[1]). **Pathogénie et traitement des névroses intestinales (en particulier de la „colite“ ou entéro-névrose muco-membraneuse)**[2]). (Paris. Masson et C-ie. 1904, avril. Stron 44, wielka ósemka).

Wyjaśnienie stosunku, jaki zachodzi między sprawą patologiczną, wymienioną w nagłówku, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, oraz ustalenie pojęcia nerwicy kiszkowej w miejsce nazw, określających ją jako sprawę zapalną[3]), — oto zamiar autora i przewodni kierunek jego pracy, będącej niejako wyrazem tych ożywionych rozpraw, które świat lekarski w Paryżu prowadzi od lat kilku.

Opierając się na własnem doświadczeniu i na spostrzeżeniach innych autorów, Lyon uzasadnił obszernie swoje stanowisko, dające się streścić w następujących twierdzeniach:

Obraz chorobowy, o którym mowa, polega na zaburzeniach czynnościowych nerwu spółczulnego brzusznego, jest nerwicą wydzielniczą, ruchową i czuciową, wymagającą pewnego do niej usposobienia a wynikającą jużto: 1. z przyczyn ogólnych (nerwice wszelkiego rodzaju, wstrząśnienia układu nerwowego); jużto 2) z miejscowych, których punktem wyjścia może być:

a) sprawa kiszkowa (zapalenie wyrostka robaczkowego, nieżyty kiszkowe, rozszerzenie żył krwawnicowych, ucisk, zwężenie, zrosty itd); b) ruchoma nerka; c) cierpienia wątroby (kamica); d) cierpienia narządu rodnego (zrosty, zmiany w położeniu itd.).

Jak widzimy, autor umieszcza zapalenie wyrostka robaczkowego w szeregu przyczyn tej nerwicy. „Pomiędzy przyczynami miejscowemi — mówi on — jest jedna, która zajmuje nas szczególnie ze względu na swe znaczenie praktyczne, mianowicie zapalenie wyrostka robaczk. Należy bowiem sprawę tę uważać nie za powikłanie, ale przeciwnie, za jedną z przyczyn najczęstszych i najdonioślejszych“. Jak zobaczymy, zdanie to różni się od zapatrywania większości autorów francuskich. Jakkolwiek bowiem wszyscy oni niemal jednogłośnie zgadzają się na to, że jednoczesna obecność obu tych spraw chorobowych u jednych i tych samych osobników często daje się stwierdzić, to jednakże skłonni są przypuszczać, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest raczej powikłaniem, następstwem, a nie przyczyną tego drugiego cierpienia

Zatrzymajmy się więc dłużej nad szczegółami, będącymi w związku z tem zagadnieniem.

Dowiadujemy się, że w r. 1891 Simon („Bulletin médical“) wypowiedział zapatrywanie, że zapalenie wyrostka robaczkowego rozwija się często w przebiegu sprawy, znanej jako błoniaste zapalenie okrężnicy. Zapatrywanie to popiera w rok później Talamon. W r. 1896 w „Société de chirurgie“ zastanawiano się obszernie nad tym przed-

[1]) Tegoż autora: L'entéro-colite muco-membraneuse 1900. Paris Masson et C-ie.

[2]) Jestto 37 z rzędu w seryi monografii klinicznych, wydawanych pod kierunkiem dra Critzmana. (Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie).

[3]) Enteritis membranacea, colitis muco-membranacea etc.

miotem. Między innymi zaznaczył Walther, że u 11 jego pacyentów zapalenie wyrostka robaczkowego rozwinęło się w następstwie przewlekłego zapalenia jelitowego — okrężnicowego, a Jalaguier sądzi, że jest ono bardzo często pozostałością ostrego nieżytu jelitowego, jak niemniej błoniastego zapalenia okrężnicy. Tuffier, Mathieu, Beurnier, Siredey i w. in. oświadczają, że poczynili także podobne spostrzeżenia. Reclus wspomina o chorym, który na 2 lata przed wybuchem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przebył ciężkie śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek. Tenże autor ogłosił w „Semaine médicale“ (1897, czerwiec) 21 przypadków zapalenia wyrostka rob., z których 12 poprzedzało śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek. Vorbe ogłasza takich przypadków 27. Talamon powiada, że zaburzeniem, które bywa bardzo często zwiastunem zapalenia wyrostka robaczkowego, jest śluzowo-błoniaste zapalenie okrężnicy — i że ta sprawa jest prawie niezbędnym objawem przewlekłego, nawrotowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Mathieu (Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin) stwierdza, że z pomiędzy chorych, miewających nieraz i po parę lekkich napadów zajęcia wyrostka robaczkowego w ciągu roku, jedni okazują objawy uporczywego zaparcia stolca, drudzy objawy śluzowo-błoniastego zapalenia okrężnicy. W okresach wolnych od napadów badanie nie wykazuje żadnych zmian w okolicy prawego talerza biodrowego, albo jedynie nagromadzenie kału, lub kiszkę macalną, grubą, jak w zwyczajnych przypadkach tak przewlekłego zaparcia stolca, jak śluzowo-błoniastego zapalenia kiszek. Jedyną statystyką w rzeczonym przedmiocie jest zestawienie, uczynione przez Bernarda (1100 chorych na śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek, z których 6,9%, a w wieku dziecięcym 11%, cierpiało na zapalenie wyrostka robaczkowego).

Jedyny z autorów francuskich Dieulafoy (Ac. de médecine, 1897, 13 avril) nie wierzy w jakikolwiek związek przyczynowy między temi schorzeniami. Jego zdaniem błoniaste zapalenie kiszek nie upoważnia wcale do obaw zapalnego schorzenia wyrostka robaczkowego. Zgadza się jedynie na to, że w przypadkach, o których mowa, chodzi o zapalenie jelita ślepego *(typhlitis)*, a nie o zapalenie wyrostka robaczkowego, — dwa pojęcia różne. Widział on blizko 800 chorych na zapalenie okrężnicy, a u żadnego z nich nie było mowy o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Autorowie, którzy fakt łączności obu omawianych spraw chorobowych uważają za dowiedziony, zauważyli, że zapalenie wyrostka robaczkowego przybiera w tych razach postać przewlekłą, a tylko wyjątkowo ma charakter ostry, groźny.

Jaki obraz kliniczny przedstawiają ci chorzy? W jaki sposób kształtuje on się wobec jednoczesności objawów jednych i drugich? Kiedy będziemy mieli prawo rozpoznać: zapalenie wyrostka robaczkowego łącznie z błoniasto-śluzowem zapaleniem kiszek?

Zdaniem Walthera rozpoznanie nie jest łatwe. „Wśród zaburzeń jelitowych należy nieraz — mówi on — do zadań bardzo trudnych wykreślić dokładną granicę między tem, co mamy kłaść na karb wyrostka, a tem, co przemawia jedynie za zapaleniem okrężnicy. Zapalenie wyrostka pociąga za sobą już samo przez się zaburzenia, często analogiczne z zaburzeniami, spowodowanemi przez zapalenie kiszek, a jedynie dłuższe spostrzeganie pozwala na ustalenie rozpoznania subtelnego“.

Chorzy, cierpiący na śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek, — powiada Beurnier, — uczuwają po krótszym lub dłuższym czasie (często dopiero po paru latach) ból tępy w okolicy punktu Mac-Burneya, ból, który zwiększa się w razie przepełnienia żołądka, czy jelit, który staje się dotkliwszym pod wpływem ucisku, a rozpromienia się w kierunku otworu stolcowego, wzdłuż sznurka nasiennego, ku biodru, wzdłuż uda, ku dołkowi podsercowemu, lub pępkowi. Staje się on prawie bezustannym, czasem zaostrza się bez wyraźnej przyczyny lub po zmęczeniu fizycznem. Chorzy dość dobrze umieją odróżniać ból ten od bolu wskutek zapalenia okrężnicy, mającego charakter przepuszczający. Równocześnie pojawiają się zaburzenia żołądkowe (nudności, wymioty, obłożenie języka). Ciepłota bywa zwykle umiarkowana 38°—38,5°.

Jest więc zasadą, że cierpienie wyrostka robaczkowego nie wybucha gwałtownie, ale przeciwnie, rozwija się zwolna, podstępnie, bez wzdęć, bez oporu mięśniowego, bez objawów otrzewnowych, przyczem jednak badanie pozwala stwierdzić ból i bolesność w punkcie Mac-Burneya, który zależnie od zrostów może ulegać przesunięciu. Przy obmacywaniu znachodzimy zwykle mniejszy lub większy naciek — jużto w postaci ciała kulistego, jużto — i to najczęściej — w postaci postronka. Nawroty są nieuniknione i zwykły powtarzać się tak długo, dopóki nie postanowimy wykonać zabiegu operacyjnego.

Różniczkowanie:

1) Chorzy skarżą się na ból bardziej ograniczony, bardziej uporczywy niż zwykle, gdy podlegają napadom bolów z powodu zapalenia okrężnicy (gdy więc ból rozciąga się wzdłuż całego jelita ślepego i poprzecznicy).

2) Napad nie ustępuje po wypróżnieniu, jak to ma miejsce przy zapaleniu okrężnicy.

3) Badanie wskazuje na umiejscowienie bolu i daje nam anatomiczne jego wyjaśnienie.

4) Badanie przez pochwę i przez odbytnicę pozwala wykluczyć cierpienia części rodnych.

Rokowanie jest względnie korzystne. Przebicia nie spotyka się, chyba wyjątkowo, co wobec sprawy przewlekłej, wobec długotrwałego wytwarzania się zrostów ochronnych i tkanki łącznej, łatwo jest zrozumiałe. Z drugiej strony nawroty nie mają końca. Zapalenie okrężnicy zaś nie ustępuje tak długo, dopóki istnieje zajęcie wyrostka robaczkowego, które ze względu na zrosty jest samoistnie nieuleczalne; wywołuje ono odruchowo zaburzenia żołądkowe, oraz układu nerwowego i trwa tak długo, dopóki nie usuniemy wyrostka.

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że zabieg operacyjny jest wskazany, gdyż obie sprawy wzajemnie się w końcu podtrzymują, bez względu zresztą na porządek chronologicznego ich powstania, — jakkolwiek większość autorów, wychodząc z założenia, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest powikłaniem dawniejszego cierpienia kiszki grubej [4]), dzięki przenoszącemu się „per continuitatem“ procesowi zapalnemu, przeczy, ażeby usunięcie wyrostka było czynnikiem, usuwającym zarazem doszczętnie objawy ze strony jelita grubego.

Doniosłość jednak operacyi zwiększa się znacznie zdaniem Lyona, uważającego zapalenie wyrostka robaczkowego za sprawę pierwotną, a nie odwrotnie. Dlatego to rozstrzygnięcie zagadnienia następstwa chronologicznego obu procesów jest dlań rzeczą wagi pierwszorzędnej. Gdyby w tym względzie słuszne były zapatrywania autorów, to już przedewszystkiem teorya nerwicy, jak Lyon przyznaje, narażona byłaby na zarzut poważny. O ile ostatecznie możnaby i w tym razie przyjąć możliwość zmniejszenia się odporności wyrostka robaczkowego w następstwie schorzenia jelita grubego, bez względu na naturę tego schorzenia, — to jednak przenoszenie się sprawy „per continuitatem“ wskazywałoby na tożsamość procesu w jednym i w drugim narządzie, a to wydaje się autorowi w najwyższym stopniu wątpliwem. Sekcye chorych na błoniaste zapalenie okrężnicy należą do faktów wyjątkowych. Autorowi znane są z piśmiennictwa tylko dwie; obie dowo-

[4]) Robin przyczyny obu cierpień dopatruje w nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego. Wzmożona kwasota, zdaniem jego, wywołuje zaparcie stolca, skutkiem tego rozwija się śluzowo-błoniaste zapalenie kiszek. Wciąż przeładowane kałem jelito ślepe cierpi wraz z wyrostkiem, czego następstwem jest powstanie w nich sprawy zapalnej. Wyrostek, dzięki swej budowie, staje się niezwykle korzystną siedzibą rozwoju drobnoustrojów, nie dziw też, że im ulega.

dzą, że zmiany na błonie śluzowej jelita grubego są minimalne, niewystarczające, zdaniem autora, aby uwierzyć można w ich zdolność szerzenia procesu zapalnego. Nadto w trzech przez Souligoux operowanych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego wraz z równoczesnem zapaleniem błoniastem okrężnicy, stwierdził Lyon, że zmiany w sąsiedztwie wyrostka w kiszce ślepej były nieznaczne w porównaniu ze zmianami, znalezionemi w samymże wyrostku. Odpowiedzi na pytanie, które ze zmian należy uważać za pierwotne, szuka autor przedewszystkiem w długoletniem doświadczeniu własnem. Zdaniem jego różnica zapatrywań wynika poprostu stąd, że owo zapalenie wyrostka robaczkowego, wyprzedzające nieraz znacznie objawy, świadczące o błoniastem zapaleniu okrężnicy, — bywa najczęściej przeoczone, jako cierpienie małego natężenia o charakterze bardzo przewlekłym. W większości licznych przypadków, spostrzeganych przez autora, chorzy tacy od krótszego lub dłuższego czasu, nieraz od dzieciństwa, doznawali różnorakich zaburzeń żołądkowych, jelitowych, jakoteż zaburzeń nerwowych. Wybitnych napadów zapalenia wyrostka robaczkowego mogą nie okazywać, jakkolwiek wywiady przynoszą nam nieraz znamienne wyjaśnienia.

1. Co do żołądka. Obok innych, wskazówką będzie skłonność do nudności, wymiotów, dajmy na to po znużeniu fizycznem itd. (u kobiet zwłaszcza w czasie miesiączkowania).

2. Ze strony jelit pojawiać się mogą typowe objawy zapalenia okrężnicy: uporczywe zaparcie stolca, wydzielanie błon rzekomych bądź stale, bądź napadowo; po zaparciu następuje często naprzemian biegunka, stolce bywają niezwykle cuchnące. Bole brzucha bywają dość rozlane, nie ograniczają się bynajmniej do prawej strony; cechującym może być jednak ból, wywołany uciskiem, zwłaszcza gdy ból ten w okolicy punktu Mac-Burneya utrzymuje się czas jakiś po obmacywaniu (Walther), zarówno jak nudności pod wpływem ucisku na ten punkt (Lyon). Dlatego, zwłaszcza gdy się znajdujemy wobec chorego w czasie wolnym od dolegliwości, gdy nic sprawy wyrostkowej nie zdradza, należy zawsze spróbować, czy nie uda się nam wywołać bolu charakterystycznego.

3. Ze strony układu nerwowego spotykamy u tych chorych objawy rozliczne, jak brak wytrzymałości fizycznej, usposobienie niecierpliwe itd., wreszcie zwątpienie w swe zdrowie, gdy najsurowsza dyeta nie przynosi zapowiadanego zbawiennego wpływu na zaburzenia, które dalej trwają.

Otóż, jeżeli tak często właściwe rozpoznanie nie zostaje uczynione, to dzieje się, zdaniem autora, dlatego, że:

1. Lekarze dotychczas mało są obeznani z postacią przewlekłą zapalenia wyrostka robaczkowego, z jego objawami początkowymi i z przebiegiem długim (25 lat przypadek Siredeya, 30 lat przypadek Lyona).

2. Dlatego, że wyjątkowo tylko jest się świadkiem pierwszych początkowych objawów choroby, a szczegóły, podawane przez chorych, tylko z trudnością pozwalają odróżnić poszczególne okresy jej rozwoju. Napady podostre zapalenia wyrostka robaczkowego są zawsze przez nich uważane za objawy niestrawności, cierpienia jelit, trąbek, wątroby itd.

3. Dlatego, że często zaniedbuje się zbadać okolicę wyrostka.

„Należy zawsze, — powiada autor, — podejrzywać zapalenie wyrostka robaczkowego u chorego z mniej lub więcej uporczywem zaparciem stolca, gdy przytem pojawiają się błony rzekome, gdy nadto przyłączają się zaburzenia żołądkowe, gdy występują po znużeniu fizycznem bole strzykającej w okolicy prawego talerza biodrowego; gdy chory doznane uczucia ciągnienia (zrosty); gdy napadom bolów brzusznych towarzyszy podniesienie ciepłoty, choćby małego stopnia; gdy w chwili napadu istnieje bolesność w punkcie Mac-Burneya, zwłaszcza pod wpływem ucisku, bolesność, wywołująca uczucie nudności, zdradzająca się zmianą w wyrazie twarzy chorego; gdy w tejże okolicy istnieje przeczulica skórna; gdy wreszcie nie stwierdzamy żadnej innej uwagi godnej przyczyny na wytłómaczenie objawów zapalenia błoniastego okrężnicy“.

„W przypadkach zapalenia okrężnicy bez zajęcia wyrostka robaczkowego bóle umiejscowiają się przeważnie wzdłuż poprzecznicy, w sąsiedztwie pępka; występują prawie wyłącznie wraz z potrzebą oddania stolca, lub w chwili jego oddawania, a następstwem ich bywa wydalenie pewnej ilości błon rzekomych. Bole, umiejscowione w prawej połowie brzucha i występujące bez względu na stolec, — zawsze są podejrzane“.

Ostatecznie więc na podstawie przypadków z własnej obserwacyi, jak i znaczniejszej liczby (w ostatnich czasach) spostrzeżeń innych autorów [5]), Lyon uważa swój wniosek za zupełnie uzasadniony, że w istocie przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego należy do najczęstszych i najpoważniejszych przyczyn, wywołujących cierpienie, znane pod nazwą: „colitis mucomembranacea“, a to drogą nerwu spółczulnego przez sprowadzenie skurczu, zaparcia stolca, nadmiaru wydzieliny śluzowej.

Fakt zresztą ustępowania w wielu przypadkach objawów ze strony kiszki grubej po usunięciu wyrostka robaczkowego jest jednym z najważniejszych argumentów autora na korzyść tego zapatrywania.

Przedstawiwszy następnie z kolei znaczenie innych czynników w patogenezie błoniastego zapalenia okrężnicy (ruchoma nerka, kamica żółciowa, cierpienia narządów rodnych, schorzenia układu nerwowego itd.), przechodzi autor do leczenia, które musi być w ścisłem znaczeniu słowa przyczynowem, zastosowanem do każdego przypadku. Rozdział o leczeniu traktowany jest bardzo wyczerpująco i zapewne zajmie wszystkich, którzy zechcą go dokładnie poznać. Nadmienię tylko, że co się tyczy dyetetyki w ogólności, uważa tu autor dyetę mleczną za przeciwwskazaną.

„Dyeta mleczna, — mówi on, — zawodzi u przeważnej liczby tych chorych. Powiększa zaparcie stolca, sprowadza dokuczliwe wzdęcia itd., do tego stopnia, że nieznoszenie mleka uważamy, — jeśli tak wolno się wyrazić, — za cechujące w tem cierpieniu grubej kiszki“ [6]).

Co do przepłókiwań jelita, stanowiących w oczach wielu lekarzy niejako podstawę leczenia, — autor przestrzega przed ich nadużyciem, uważając 2 przepłókania tygodniowo za wystarczające.

W szczególności zgodnie ze swemi zapatrywaniami, wyżej wyłuszczonemi, poleca z jednej strony leczenie elektrycznością [7]), — z drugiej strony zabieg chirurgiczny wszędzie, gdzie stwierdzić się daje bolesność w okolicy wyrostka robaczkowego i wogóle objawy przewlekłego zapalenia tego narządu, zwłaszcza, że medycyna wewnętrzna nie posiada sposobu usunięcia tego procesu chorobowego, a łóżko, dyeta i inne środki, dobre chwilowo, ostatecznie stwarzają rodzaj błędnego koła, a nawrotom zapobiedz nie zdołają. *Dr. Witold Ziembicki.*

Paryż, w czerwcu 1904.

IV. Wyciągi.

Prof. Schatz. **Kiedy występuje poród?** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Usiłowania celem znalezienia metody, zapomocą której możnaby przynajmniej do pewnego stopnia oznaczyć ostateczny termin, czy dzień porodu, nie wydały na razie owoców dodatnich. Ani

[5]) N. p. Soupault et Jonaust: »Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse«. Soc. médicale des Hôpitaux, 1904 marzec, gdzie przytoczono 21 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, powodujących błoniaste zapalenie kiszek.

[6]) To samo spostrzeżenie uczynił Glénard, dla którego też absolutne nieznoszenie mleka jest cechującem przy opadnięciu trzew.

[7]) Jużto prądem stałym metodą Doumera (Bulletin de la Société française d'électrothérapie 1901 Oct.), jużto prądem stałym i przerywanym, metodą Delherma (Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. Thèse de Paris. 1903).

znanie dnia, choćby spółkowanie tylko raz jeden dokonane było, ani też dnia zastąpienia (z bezpośrednich objawów), ani wreszcie liczenie od dnia ostatniej miesiączki, nie są w stanie dać nam pewnych wyników. Główną przeszkodę stanowi tu wielka rozmaitość w czasie trwania ciąży nie tylko u rozmaitych kobiet, ale nawet u jednej i tej samej osoby. Starano się ten indywidualny czas trwania ciąży dla danego osobnika i dla danej ciąży znaleźć w ten sposób, że jako podstawę przyjmowano 10 ostatnich okresów miesiączkowych, które poprzedziły zastąpienie, albo jeżeli się ich nie znało, przynajmniej okres ostatniej miesiączki, który następnie mnożono przez 10, i cały ten czas liczono od względnie znanego dnia zastąpienia lub ostatniej miesiączki. Obliczenia te dały tylko częściowo dobre wyniki; nie mogły jednak stanowić metody jednolitej, gdyż peryodyczność w ustroju kobiety jest w czasie ciąży zupełnie inna, aniżeli przedtem, a nawet ulega zmianom w czasie ciąży samej. Autor szukał tej indywidualnej peryodyczności w przebiegu każdej danej ciąży i to głównie w jej końcowym terminie. Z wielu peryodyczności, których w ustroju kobiety jest dużo, mimo że nie posiadają jednakiego rytmu, a które mogłyby być użyte w celu oznaczenia terminu porodu, wydawała się najpewniejszą peryodyczność bolów (skurczów) macicy, występujących zawsze w czasie trwania każdej ciąży. Istotnie, znając je, można termin porodu oznaczyć co do dnia z nadzwyczajną ścisłością. Niestety, metoda ta może być użytą tylko w małej liczbie przypadków, gdyż ciężarne, szczególnie pierwiastki, bolów tych w czasie ciąży albo zupełnie nie odczuwają, albo tylko niewyraźnie i rzadko. Trzeba więc było szukać za inną peryodycznością, występującą również w czasie samej ciąży, a któraby peryodyczność skurczów macicy w ciąży jużto uzupełniała, jużto zupełnie zastąpiła. Obliczenia te uskuteczniał autor na podstawie peryodyczności tętniczego ciśnienia krwi, albowiem ta wydawała mu się najbliższą peryodyczności miesiączkowania i skurczów macicy. Tę ostatnią wykazał autor w bardzo obszernej pracy p. t. „Złe bóle i centralne regulowanie skurczów macicy“. Ponieważ praca ta pozostaje w ścisłym związku z całą powyższą kwestyą, nadto jest obecnie aktualną i bardzo zajmującą, pozwolę sobie najprzód w krótkości ją streścić. Na podstawie bardzo dokładnych spostrzeżeń doszedł Schatz do przekonania, że w całym przebiegu ciąży, a głównie w drugiej jej połowie, występują okresowe skurcze macicy w ściśle oznaczonych terminach, dające się najczęściej stwierdzić przez dotyk. Ciężarne, szczególnie pierwiastki, nie zdają sobie z nich sprawy, a odczuwają je dopiero wtedy, gdy wywołują bole. Przecież i bole poporodowe występują u każdej położnicy, a odczuwa je tylko pewna część wieloródek. Te okresy bolów, czy skurczów macicy są analogiczne z okresami miesiączkowymi i występują najczęściej z typem 4-tygodniowym; a więc 12, 8, 4 tygodnie przed porodem. Podobieństwo do okresów miesiączkowych leży i w tem, że okresy skurczów macicy w ciąży ulegają często podziałowi tak, że je można stwierdzić 2 tygodnie, tydzień, $3^1/_2$ dni, $1^3/_4$ dni przed prawdziwymi bolami porodowymi. Mniej częstem jest typ 6-, względnie 3-tygodniowy z podziałem $10^1/_2$, $5^1/_4$, $2^5/_8$, $1^5/_{16}$ dni przed porodem. Czasem zdarza się że z całego tego szeregu okresów wypadają pojedyncze terminy, przynajmniej dla obserwacyi tak, że n. p. skurcze wystąpią 8 i 2 tygodnie przed porodem, zawsze jednak w terminie, ściśle odpowiadającym pewnemu typowi. Z końcem ciąży podziały okresów są coraz liczniejsze tak, że jeden okres skurczów może przejść bezpośrednio w drugi. Jeżeli takie skurcze macicy, które więc należą do ciąży, wystąpią krótki czas przed bolami porodowymi, robią wrażenie, jak gdyby również należały do czynności porodowej. Spostrzeżenie to tłómaczy nam, dlaczego czasem mimo braku jakiejkolwiek przeszkody porodowej bole trwają tydzień i dłużej, a poród się pozornie przewleka i nie postępuje. Tu więc nie idzie o „złe bole“, lecz tu wogóle jeszcze się czynność porodowa nie rozpoczęła, jak to najczęściej można stwierdzić cierpliwem wyczekiwaniem, gdyż z chwilą rozpoczęcia się prawdziwych bolów porodowych, poród kończy się w krótkim czasie i prawidłowo. Rozpoznanie takiego stanu ważne jest i ze względu na leczenie, które w celu szybkiego ukończenia niepostępującego porodu prowadzi nieraz do ciężkich nawet zabiegów operacyjnych i naraża kobietę zupełnie niepotrzebnie na wielkie czasem niebezpieczeństwo. Rolę regulatora w występowaniu skurczów macicy odgrywae ośrodek skurczowy i ośrodek hamujący skurcze. Czy i termin porodu pozostaje w ścisłym stosunku do owych ośrodków, czy wogóle poród występuje o domniemanym czasie okresu miesiączkowego, to wykażą dalsze spostrzeżenia i badania. Ponieważ więc peryodyczne skurcze macicy, występujące w czasie całej ciąży, uchylają się bardzo często od świadomości ciężarnych i obserwacyi badającego, przeprowadził Schatz szereg badań nad peryodycznością tętniczego ciśnienia krwi w ciąży, i dla ich uwidocznienia podaje 31 tablic z krzywemi, na których notowana jest i peryodyczność skurczów macicy i które wykazują, że tą drogą można istotnie termin porodu utrafić często prawie na dzień. O ile krzywa ciśnienia krwi zdradza także indywidualną dla danej ciąży peryodyczność skurczów macicy, udaje się czasem wprost oznaczyć czas trwania ciąży i dzień porodu, a mianowicie w przypadkach, gdzie zastąpienie nastąpiło na szczycie fali ciśnienia krwi, względnie fali miesiączkowej tak, że okresy ciśnienia krwi (miesiączkowe) i okresy skurczów macicy przez cały czas ciąży zupełnie się pokrywają. Liczba miesięcy ciąży pozostaje zawsze ta sama, t. j. 10 dla okresów z typem 4-tygodniowym, a 13 z typem 3-tygodniowym (21 dni). Bardzo zajmującym jest nadto ten rozdział niniejszej pracy, w którym się autor zastanawia nad istnieniem fizyologicznego miesiąca i tygodnia. Że one istnieją, za tem przemawia okresowość nie tylko powyższych objawów, ale i wielu innych czynności ustroju i to tak u kobiet, jak i u mężczyzn. Wreszcie autor omawia wpływ księżyca i peryodyczności napięcia elektrycznego w powietrzu na peryodyczność w naturze organicznej w ogólności, a w ustroju ludzkim w szczególności. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Ahrens. **Przypadek wyleczenia ciężkiej białaczki śledzionowej z dużym obrzękiem śledziony zapomocą promieni Roentgena.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 24, 1904). Pierwszym był Senn w Chicago, który to leczenie stosował w białaczce. Autor zastosował je u 27-letniego pacyenta z olbrzymim obrzękiem śledziony, u którego stosunek ciałek białych do czerwonych był 1:1. Choroba datowała się od $1^1/_2$ roku, a chory przypisywał powstanie jej zaziębieniu, które nastąpić miało po nużącym biegu. Autor naświetlał codziennie śledzionę przez 5—10 minut, kości długie i mostek przez 1—2 minut, używając bardzo twardych rur i silnego prądu. Po 20 posiedzeniach nastąpiło znaczne polepszenie stanu ogólnego, po 35-em posiedzeniu śledziona była zaledwie wybadalna pod łukiem żebrowym; po 40-tem posiedzeniu stosunek ciałek białych do czerwonych był prawidłowy, bo 1:525; po 50-tem posiedzeniu śledziona była zupełnie niemacalna. Po 3-miesięcznem leczeniu pacyent został wypuszczony z opieki, przyczem otrzymał dalsze wskazówki lecznicze i higieniczne, oraz polecenie poddawania się co 2—3 tygodni badaniu krwi i 2—3 naświetlaniom. Gdy po miesiącu stan krwi i zdrowia utrzymywał się niezmieniony, pacyent zupełnie zaniechał stosowania się do przepisów. Atoli już w 10 dni potem po wysilającym marszu i przeziębieniu się wystąpił nawrót choroby, której chory z powodu bezskuteczności leczenia uległ. Autor wyraża zdanie, że naświetlenie Roentgenowskie uczyniło nieszkodliwą przyczynę, wywołującą zmiany chorobowe i że dopiero po ponownem wprowadzeniu czynnika chorobowego od zewnątrz lub odżyciu przyczyny, tkwiącej wewnątrz, sprawa się odnowiła. *Blassberg.*

Prof. Zweifel. **Przyczynek do wytłómaczenia drgawek porodowych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Omówiwszy krótko dotychczasowe piśmiennictwo tego przedmiotu, przechodzi autor do swoich badań, których celem było wyszukanie trucizny, wywołującej chorobę. Szukał jej w moczu, który poddawał bardzo dokładnemu rozbiorowi jakościowemu i ilościowemu. Badania wykazały, że w przebiegu drgawek porodowych ilość mocznika jest znacznie zmniejszoną w stosunku do całej ilości azotu i że im większą jest ilość białka, tem mniejszą mocznika i amoniaku; na odwrót, w miarę wzrostu ilości mocznika, zmniejsza się ilość białka i sprawa chorobowa ma się ku lepszemu. Z dokładnych więc i częstych oznaczeń ilości białka możemy mieć miarę ilościowego zachowania się mocznika i ważną wskazówkę dla rokowania. Autor przypuszcza, że tu idzie o jakieś przeszkody w utlenianiu białka, którego ostatecznym wytworem przemiany materyi w warunkach prawidłowych jest mocznik. W miarę, jak utlenianie to staje się lepsze, spada ilość białka, mocznik się wzmaga, rokowanie staje się korzystniejsze. Badając dokładniej i zastanawiając się nad stosunkiem kwasów i zasad we krwi i moczu, wyraża autor przypuszczenie, że ową trucizną, wywołującą drgawki porodowe, jest jakiś kwas organiczny, krążący we krwi tych kobiet (może kwas mlekowy). Za upośledzeniem utleniania białka ma także przemawiać fakt, że im sprawa chorobowa ma przebieg cięższy, tem ilość siarczków jest mniejsza, a ilość obojętnych siarkanów większa. W drugiej części swej pracy stara się autor wyciągnąć z powyższych badań jakieś wnioski lecznicze i to przedewszystkiem w znaczeniu zapobiegawczem. O ile trudno sobie wyobrazić, aby u zdrowych ciężarnych rzecz dotyczyła utrudnionego dowozu tlenu odrazu do całego ustroju, o tyle można to przyjąć dla pojedynczych narządów, n. p. upośledzenie utleniania w macicy. Inna rzecz, jeżeli już wystąpi pierwszy napad drgawek, wtenczas dowóz tlenu do krwi może być czasowo zupełnie odcięty. To nam tłómaczy, dlaczego każdy napad drgawek pogarsza rokowanie, a z drugiej strony, dlaczego niektórzy stosują wdychiwania tlenu, a następnie stwierdzają polepszenie stanu ogólnego. Na powstanie drgawek składa się prawdopodobnie kilka przyczyn, które przyczyniając się do upośledzenia utleniania, zatruwają ustrój

produktami częściowego tylko spalenia białka. Tu należą i zmiany w nerkach, które wywołując zastój w odpływie moczu, prowadzą do tem szybszego nagromadzenia się w ustroju powyższych wytworów. Nie mniej ważną jest również i sprawa odżywiania ciężarnych, gdyż materyałem, który właśnie ulega w ustroju spaleniu, jest pożywienie. Nie ma wątpliwości, że potrawy cukrowe, mączne i tłuszcze łatwiej się spalają, aniżeli białko i dlatego, kto wie, czy ciężarne, jedzące dużo mięsa, nie są bardziej narażone na powstanie drgawek, aniżeli odżywiające się głównie pokarmami roślinnymi. Do tego należy prawdopodobnie odnieść polepszenie choroby nerkowej po podaniu dyety mlecznej u ciężarnych, cierpiących na białkomocz. Celem szybkiego związania kwasów, powstałych przy niedostatecznej przemianie materyi, potrzebną jest również odpowiednia ilość istot alkalicznych; ważną więc jest rzeczą, ażeby ustrojowi ciężarnych doprowadzić odpowiednią ilość owoców i jarzyn, które właśnie zawierają owe substancye alkaliczne. Pewne znaczenie ma tu także oddychanie płodowe, które wskutek odbierania ustrojowi matki tlenu, a oddawania kwasu węglowego, może się również przyczynić do upośledzenia utleniania. Do tego należy może częściowo odnieść i to, że drgawki ze szczególnem upodobaniem występują w przebiegu ciąży bliźniaczej. Nadto ciąża bliźniacza i silnie napięte powłoki brzuszne, szczególnie u pierwiastek, mogą wpłynąć na upośledzenie krążenia w narządach podbrzusza, a więc i wpłynąć na czynność nerek, lub przez ucisk na drożność moczowodów. To też ze względu na ważne znaczenie zmian w nerkach należy zapobiegawczo u każdej ciężarnej w ostatnich 2—3 miesiącach ciąży badać co 14 dni mocz, czy nie zawiera białka. Z chwilą wybuchu drgawek poleca autor lemoniadę z winianu potasowego lub sodowego 2%, dalej podskórne wstrzykiwania 0·5% rozczynu dwuwęglanu sodowego z 0·5% rozczynem soli kuchennej. Polecenia godne są również upusty krwi celem obniżenia ciśnienia i usunięcia choćby częściowego trucizny, która nie może w zupełności odejść drogą nerek. Uśpienie należy w zasadzie zarzucić, szczególnie chloroformowe, a zastosowywać jedynie tylko przy operacyjnem rozwiązaniu rodzącej; również należy ograniczyć stosowanie morfiny, a w każdym razie nigdy ponad dawkę maksymalną. Zawijania w mokre prześcieradła i kąpiele lepiej zastąpić zabiegiem innym, w danym razie znacznie prostszym: chorą przykrywa się wełnianym kocem, długim z obu stron aż do podłogi; a pod nim, naturalnie przy zachowaniu ostrożności, zapala się lampkę spirytusową. Dalszych wyników lub choćby polepszenia stanu chorobowego po silnem nawet poceniu się chorych autor nigdy nie zauważył, raczej czasem pogorszenie. Ze względu na leczenie położnicze wykazuje autor statystycznie, że natychmiastowe rozwiązanie ciężarnej daje znacznie lepsze wyniki, aniżeli leczenie wyczekujące. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lancereaux. **Leczenie tętniaków żelatyną.** (*Gazette médicale de Paris*, Nr. 28). Na tej podstawie, że zdarzają się szczęśliwe przypadki samowyleczenia tętniaka aorty dzięki wytworzeniu się skrzepu w rozstrzeni tętniczej, autor sądzi, że lekarza zadaniem w tych beznadziejnych przypadkach powinno być naśladowanie przyrody, t. j. ułatwianie wytworzenia się skrzepu przez zwiększanie krzepliwości krwi. Na tej teoretycznej zasadzie oparli autor i Paulesco swoją metodę leczenia tętniaków wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu żelatyny; metoda ta, zastosowana w 17 przypadkach, nie wywołała ani jednego szkodliwego wypadku, a natomiast wywarła wpływ dodatni: 1) łagodząc dolegliwe bóle, towarzyszące tętniakom aorty; 2) wywołując stwardnienie i zwężenie rozstrzeni tętniczej i 3) umożebniając chorym powrót do zajęć zawodowych, z warunkiem, że unikać będą takich wysiłków, któreby wywołać mogły odklejenie się skrzepu. Rozczyn żelatyny, którym autor posługuje się do wstrzykiwań podskórnych, składa się z 1000,0 wody przekroplonej, 7,0 soli kuchennej i 25,0 żelatyny.— Żelatyna powinna być wyborowa; rozczyn należy wyjałowić — nawet parę razy — w autoklawie pod ciśnieniem i w cieplocie 110° do 115° C. Wstrzykiwania wykonywać co 4—5 dni po 200,0 rozczynu na jeden raz. Trzymając się ściśle tych prostych przepisów, autor i Paulesco nigdy nie spostrzegali tych mniej lub więcej groźnych następstw, przypisywanych tej metodzie, a jeśli który z badaczy je stwierdził, to powikłania te należy przypisać tylko wadliwemu przygotowaniu rozczynu. Ostateczne wyniki autora są następujące: 1) metoda leczenia tętniaków aorty podskórnemi wstrzykiwaniami rozczynu żelatyny nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw, jeśli użyta żelatyna będzie w najlepszym gatunku i należycie wyjałowiona; 2) wstrzykiwania te sprowadzają krzepnięcie krwi w rozstrzeni tętniczej i tym sposobem przyczyniają się do wyleczenia tętniaka, jednej z najcięższych chorób naczyń krwionośnych; 3) przypadki tężca i inne powikłania, spostrzegane po zastosowaniu podskórnych wstrzykiwań żelatyny, były następstwem bądź użycia żelatyny niższego gatunku, bądź też niedostatecznego wyjałowienia rozczynu. *A. K.*

Auche i Latreille. **Zgorzel skóry rozsiana w przebiegu duru brzusznego.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance* lipiec, 1904). Już w początkowych dniach duru brzusznego spostrzeżono u 15-letniego pacyenta na plecach liczne pęcherzyki i krostki, występujące w środku różowych plam. W ciągu dni następnych stwierdzono na skórze rozsiane kępki zgorzeli, występujące w środku plam różowawo-fioletowych, podbiegłych krwią, oraz krosty, które przybierały cechy krost ospowych. Tak w pęcherzykach i krostach, jak i w ropniach skórnych i podskórnych znaleziono gronkowca złotego w stanie czystym. Hodowle z masy zgorzelinowej dały gronkowca złocistego i prątka okrężnicowego. Gronkowce złociste, zaszczepione królikom, wywołały olbrzymi ropień, który pękł i szybko się zagoił, nie przedstawiwszy cech zgorzelinowych. Prątek okrężnicowy spowodował podskórne stwardnienie, które szybko ustąpiło. W przypadku tym dla wytłómaczenia źródła zgorzeli autor nie znalazł żadnego innego czynnika, prócz wspomnianych: gronkowca złocistego i prątka okrężnicowego; lecz w wypocinie pęcherzyków, krost, ropni skórnych i podskórnych gronkowiec złocisty znajdował się sam jeden, bez prątka okrężnicowego, którego spółistnienie miało zawsze miejsce w owrzodzeniach zgorzelinowych; autor wyprowadza stąd wniosek, że to wspólne pożycie gronkowca złocistego i prątka okrężnicy, odbywające się na glebie wyczerpanej, mało odpornej, wywołało ogniska zgorzeliny skórnej. *A. K.*

P. Bazy. **O przypadłościach moczowych w cukrzycy.** (*La Presse médicale*, Nr. 49, 1904). B. opisuje przypadek, w którym pieczenie w cewce, parcie i częste oddawanie moczu były następstwem cukrzycy i twierdzi, że często nie rozpoznaje się cukrzycy w przypadkach, gdzie mniejszy lub większy przerost gruczołu krokowego, zwężenie cewki, lub lekkie zmącenie moczu, albo też nitki w nim pływające, przyjmujemy mylnie za przyczynę powyższych przypadłości. B. zwraca uwagę, że często bywa u takich chorych cukromocz przepuszczający, pojawiający się n. p. tylko po śniadaniu, po obiedzie lub po wypróżnieniu stolcowem. Wogóle w każdym przypadku przypadłości moczowych, zwłaszcza w wieku dojrzałym, należy pamiętać o cukrzycy. *Blassberg.*

F. Debérain. **Kliniczne znaczenie odczynu urohematynowego.** (*La Presse médicale*, Nr. 48, 1904). Przez odczyn urohematynowy rozumie autor jasno-różowe oddziaływanie, otrzymywane przy próbie Gublera, t. j. wlewając do kieliszka z moczem strumień kwasu azotowego. Quinquand sądzi, że pierwiastkiem barwiącym są tu zniszczone ciałka krwi, a inni autorowie chcieli temu odczynowi przypisać znaczenie objawu patologicznego w chorobach nerek i wątroby. Po całym olbrzymim szeregu badań autor dochodzi do wniosku, że odczyn urohematynowy pojawia się przy nadmiernem moczeniu i jest tylko względnym wyrazem stopnia stężenia moczu. Powyższa okoliczność tłómaczy, dlaczego odczyn ten uchodził za objaw przewlekłego zapalenia nerek. *Blassberg.*

Dr. B. Hukiewicz. **Odra i płonica.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 59, 13, 9, H. 5, 1904). Badania Montiego, Steinera i innych wykazały dobitnie, że możliwe jest zakażenie mieszane odrą i płonicą, a nawet że często schodzą się oba rodzaje osutek na szczycie swego rozwoju. Autor spostrzegał 21 przypadków tego zakażenia mieszanego i przedstawia szczegółowo 15 historyi chorób.

Przypadki te dzieli on na 3 grupy: I grupa obejmuje przypadki, w których osutka płonicza wystąpiła przed odrową (2 przypadki). II grupa obejmuje przypadki, w których odra poprzedziła osutkę płoniczą (10 przypadków). III grupa obejmuje przypadki, spostrzegane z obu osutkami, a niemożebnem było wykazać, która z nich była w okresie wysypywania. Osutki te okazują nader wielką zmienność w swym obrazie i zajmują ciało częściami, przechodząc jedna w drugą, lub tworząc skutkiem już istniejącego przekrwienia skóry nieco odmienny obraz. Przebieg chorób tych wykazuje, że 1) poprzedzająca odra tak wpływa na ustrój, że następująca płonica przybiera nader łatwo ciężką postać; 2) zakażenie odrowe stwarza zwiększone usposobienie do płonicy; 3) największa wrażliwość do płonicy bywa w drugiej połowie okresu wylęgania odry i w jej okresie zwiastunowym; zaś mniejsza w pierwszej połowie okresu wylęgania i po ukończonem wysypaniu. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Krützner. **Przyczynek do badania syringomyelii. Ruchy automatyczne i ściągania włókienkowe.** (*Sbornik klinický*, Nr. 4, 1904). Autor spostrzegał w znacznej liczbie syringomyelii zanik mięśni, ściągania włókienkowe i wstrząśnienia drgawkowe w różnych grupach mięśni. Ściągania włókienkowe i wstrząśnienia drgawkowe występują bądź poosobno, lub towarzyszą sobie. Objaw włókienkowy spostrzega się głównie w tych mięśniach, które następnie ulegają zanikowi, a tak ściągania włókienkowe, jak i wstrząśnienia drgawkowe występują głównie w syringomyelii o typie łopatkowo-barkowym, a nie pospolitym (przedramię, pięść). *A. K.*

Birsch-Hirschfeld. **Komórki nerwowe siatkówki w warunkach fizyologicznych i patologicznych ze szczególnem uwzględnieniem olśnienia.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Autor po przeprowadzeniu licznych badań porównawczodoświadczalnych nad działaniem różnych rodzajów promieni na oko doszedł do następujących wniosków: W warunkach fizyologicznych, to znaczy przy jasnem oświetleniu dziennem, doznają komórki nerwowe siatkówki nieznacznych zmian w swej budowie. Zmiany te polegają na zmniejszeniu zawartości chromatyny i niewielkiem powiększeniu objętości komórek. Świecące promienie światła słonecznego wywołują wskutek ogniskowego działania soczewki już po krótkim czasie miejscowe ciężkie uszkodzenia nabłonka barwikowego i sprawy zapalne w naczyniówce i siatkówce. W doświadczeniach z promieniami ultrafioletowymi przekonał się autor, że soczewka odgrywa względem siatkówki ważne zadanie ochronne wskutek swych własności pochłaniających promienie o krótkich falach. Udowodnił to Hertel, wprowadzając bakterye, zamknięte w komóreczce z kwarcu, raz do przedniej komórki oka, drugi raz do ciałka szklistego. W pierwszym przypadku bakterye zginęły po naświetleniu, w drugim pozostały przy życiu mimo dłuższego czasu naświetlania. Dlatego też działanie promieni ultrafioletowych na siatkówkę spostrzegał autor głównie w oczach po wyjęciu soczewki. Zmiany w komórkach nerwowych siatkówki polegały na rozpłynięciu się chromatyny i powstaniu wodniczek. Te same zmiany były w komórkach warstw ziarnistych. Przybłonek barwikowy bez zmian, w naczyniówce lekkie przekrwienie. Soczewka nie ochrania jednak siatkówki bezwzględnie przed działaniem promieni ultrafioletowych; przy większem natężeniu i dłuższym czasie trwania powstają przecież zmiany w komórkach nerwowych. Charakterystycznym dla sposobu działania promieni ultrafioletowych jest okres utajenia przed wystąpieniem zmian chorobowych. W życiu codziennem zdarzają się olśnienia promieniami ultrafioletowymi u człowieka, jako olśnienie śnieżne, błyskawicą i oftalmia elektryczna. Widzenie w barwach czerwonych (*erythropsia*) polega również na działaniu promieni chemicznych, jak to już z tego wynika, że większość przypadków olśnienia elektrycznego rozpoczyna się objawem widzenia czerwonego. Po zadziałaniu promieniami Röntgena i promieniami radu występują wybitne uszkodzenia komórek nerwowych, których zmiany anatomiczne polegają na zaniku chromatyny, powstaniu wodniczek, rozpadzie jądra i komórek. Dają się również spostrzegać zmiany zapalne na spojówkach i rogówkach, oraz procesy zanikowe w nerwie ocznym. Wprowadzenie do lecznictwa chorób ocznych obu tych rodzajów promieni jest narazie jeszcze zamiarem zbyt śmiałym.

W. Reis.

Kisiel. **W sprawie związku choroby Werlhofa z gruźlicą.** (*R. Wracz*, Nr. 26, 1904). Niektórzy autorowie wyrazili przypuszczenie, że plamica ma ścisły związek z gruźlicą. Kisiel postanowił ten temat przerobić na chorych moskiewskiego szpitala dzieci. W badaniach swoich uwzględniał on tylko przypadki samoistne, sporadyczne, wykluczając plamicę krwotoczną, towarzyszącą charłactwu i ciężkim chorobom zakaźnym. Na podstawie przytoczonych i krytycznie rozebranych historyi chorób doszedł autor do następujących wniosków: 1) etyologia plamicy ciągle jeszcze jest ciemna; 2) kliniczny przebieg plamicy nie ma cech choroby zakaźnej; 3) istnieje podstawa do przypuszczenia, że w niektórych przypadkach rozwój plamicy wskazuje na jej związek z gruźlicą; 4) przeprowadzenie granicy między trzema rodzajami plamicy (pospolita, gośćcowa i krwotoczna) jest nader trudne; 5) przypadki, spostrzegane przez autora, miały przebieg łagodny: na 91 chorych, cierpiących na różnego rodzaju skłonność do zaburzeń krwotocznych, zmarło tylko trzech.

A. K.

Galli. **Ciepłota żołądka i jego siła wydzielnicza u kobiety z przetoką żołądkową.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 16, 1904). Badania w tym przypadku są tem ciekawsze, że przetoka wytworzyła się samoistnie u kobiety zupełnie zdrowej, podczas gdy zazwyczaj doświadczenia tego rodzaju bywały wykonywane na przetokach, powstałych po raku lub w następstwie ran postrzałowych. Otóż autor doszedł do następujących wniosków: a) Ciepłota czczego żołądka równa się czasami ciepłocie żołądka pełnego, lub nawet ją przewyższa, okoliczność, która najprawdopodobniej zależy od czynności gruczołów żołądkowych. Ciepłota najniższa pojawiała się najczęściej między godziną 3 a 6 nad ranem, a więc wówczas, kiedy żołądek zarówno, jak i inne narządy, znajdują się w zupełnym spoczynku; b) zdrowy i w pełni swych czynności znajdujący się żołądek owej kobiety wymagał całej godziny czasu, aby wrócił do zwyczajnej swej ciepłoty; c) sok z gruczołów żołądkowych pojawiał się zupełnie niezależnie od przyjętych pokarmów, a więc i przy zupełnie pustym żołądku, okoliczność, której ani drogą odruchową ani psychiczną wytłómaczyć nie można.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Brożo. **Opuchlina na tle nerwic naczyniowych.** (*Sbornik klinicky*, Nr. 4, 1904). Do znanych już przypadków opuchliny samoistnej, t. j. powstającej bez wykazalnych zmian anatomicznych w ustroju, autor dorzuca trzy nowe spostrzeżenia. Dotyczyły one mężczyzn w wieku lat 39, 44 i 49. W pierwszym przypadku opuchlina wystąpiła trzy razy w ciągu roku; w drugim pojawiła się po raz pierwszy, a w trzecim po drugi. We wszystkich trzech przypadkach opuchlina ustąpiła po kilkodniowym pobycie chorych w szpitalu. Godnem jest uwagi, że wszyscy ci chorzy należeli do nałogowych pijaków. Oczywiście nie dano im w szpitalu alkoholu — i to była jedyna terapia, jaką u nich zastosowano. Autor sądzi, że opuchlina samoistna u tych chorych była następstwem działania wyskoku na nerwy naczynio-ruchowe.

A. K.

Barjansky. **Maretyna, nowy lek przeciwgorączkowy.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 23). Autor w klinice Senatora badał maretynę, zalecaną, jako nowy lek przeciwgorączkowy. Doszedł on do następujących wyników: 1) Maretyna istotnie obniża ciepłotę ciała; obniżenie to występuje powolnie, co ją odróżnia od piramidonu, który działa szybko. Obniżenie gorączki po zażyciu maretyny występuje dopiero po 3—5 godzinach, natomiast trwa ono daleko dłużej tak, że jedna dawka wywiera skutek na 9 do 15 godzin. 2) Najwłaściwszą dawką jest 0,25; proszków takich zażywa się 2 dziennie; jeden przed południem, drugi przed wieczornem podniesieniem ciepłoty. 3) Maretyna nie wpływa na krążenie, a spadek liczby tętna następuje równolegle ze stopniowem opadaniem gorączki. 4) W narządach oddychania, trawienia i moczopłciowych zmian żadnych przy użyciu maretyny nie stwierdzono. 5) Działania ubocznego nigdy nie zauważono, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wystąpiły objawy przemijającego zapadu. 6) Maretyna nie posiada działania zbiorowego, przeto może być stosowaną codziennie. 7) Cena tego przetworu o połowę jest tańsza od piramidonu.

A. K.

Reitman. **O wyrostku w skrzyżowaniu włókien nerwu ocznego.** (*Virchows Archiv f. pathol. Anat.*, lipiec, 1904). Przy sporządzaniu preparatów z mózgu R. znalazł przypadkowo po lewej stronie linii środkowej, na przedniej powierzchni skrzyżowania, wyrostek 6 mm. długi, kształtu stożkowatego, mający u podstawy 2 mm. średnicy. W dalszym przebiegu wyrostek ten staje się cokolwiek cieńszy, a kończy się (oglądany pod lupą) kilkoma małemi zgrubieniami pałeczkowatemi. Podobnie jak skrzyżowanie wyrostek ten otacza osłonka z opon mózgowych. Na tym samym mózgu znajdują się także na podstawie skrzyżowania zgrubienia, opisane przez Retziusa jako *emminentiae laterales hypencephali* i *tubera extrema tuberis*. Po przeglądnięciu piśmiennictwa tego przedmiotu znalazł R. tylko jeden przypadek podobny. Tschaussow wspomina w r. 1889 o „bocznej gałązce nerwu ocznego“. Preparatu przechowanego w alkoholu nie można było użyć do badań drobnowidowych. Mózg w przypadku R. włożony był w świeżym stanie do 5% formaliny, utrwalony i barwiony według metod, zastosowanych do tkanki nerwowej tak, że dokładnie można było zbadać histologiczną budowę wyrostka; w skład jej wchodzi warstwa korowa i część rdzenna, złożona z włókienek nerwowych o przebiegu powikłanym. W różnych częściach obwodowych wyrostka wchodzi do wnętrza tkanka łączna, która dzieli wyrostek na kilka części. Na przekrojach poprzecznych blizko nasady skrzyżowania, widać część włókien nerwowych, wchodzących do grzbietowej części wyrostka z dolnego wewnętrznego kwadrantu nerwu ocznego; także włókna, wychodzące z tylnej powierzchni skrzyżowania, dają się spostrzegać w wyrostku na dłuższej przestrzeni. Badanie histologiczne nie daje odpowiedzi na pytanie, jak należy sobie tłómaczyć powstanie tego tworu dodatkowego; obecnie sprawy tej również wyjaśnić nie może historya rozwoju, ani anatomia porównawcza. Korzystnemby było zwracanie uwagi przy sekcyach na tę nieprawidłowość w budowie nerwu ocznego i zebranie obfitszego materyału.

W. Reis.

Prof. Windscheid. **Poród w przebiegu zapalenia rdzenia pacierzowego.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Autor opisuje przypadek porodu u wieloródki, u której w pierwszej połowie ciąży rozwinęło się ostre zapalenie piersiowego odcinka rdzenia pacierzowego. Jako główne objawy wystąpiło porażenie kończyn i mięśni brzusznych, zupełne znieczulenie na wszelkiego rodzaju czynniki drażniące, niemożność utrzymania moczu i wzmożone odruchy. Kobieta ta urodziła w prawidłowym czasie płód dojrzały i to szybko, nie odczuwając zupełnie bolów, ani w okresie rozwarcia się macicy, ani też przy przejściu płodu przez szparę sromową i umarła w kilka dni po porodzie w następstwie posocznicy. Podobnych przypadków porodu w przebiegu zapalenia rdzenia, obejmującego cały jego przekrój poprzeczny, znalazł autor w piśmiennictwie tylko 9; wykazują one, że ośrodek dla czynności porodowej, który, jak ogólnie przyjmują, leży w rdzeniu między 1—2 kręgiem lędźwiowym, może wywołać skurcze porodowe także po zupełnem przecięciu jego

połączenia z rdzeniem górnym, że więc ośrodek ten może wywołać czynność porodową wprost automatycznie bez jakichkolwiek wpływów nerwowych, wychodzących z mózgu lub rdzenia przedłużonego. Tem samem upada również twierdzenie niektórych autorów, jakoby także w rdzeniu przedłużonym miał się znajdować ośrodek dla unerwienia macicy. Rein posunął się może za daleko, twierdząc, że skurcze macicy, a więc i wywołanie bolów porodowych wogóle, nie zależą od ośrodkowego układu nerwowego, lecz od zwojów nerwowych, znajdujących się w samej macicy. Dalej wykazuje powyższy przypadek, że poród może się odbyć zupełnie prawidłowo, a nawet szybko, przy braku lub tylko niedostatecznym udziale tłoczni brzusznej, której Schroeder przypisuje większe znaczenie i większą siłę, aniżeli skurczom macicy. Przy ocenianiu tej sprawy należy bądź co bądź zwrócić uwagę, że w powyższych przypadkach istniało porażenie mięśni i części miękkich miednicy, które tem samem nie stawiało przesuwaniu się płodu prawie żadnego oporu, a dalej, że szło o same wieloródki. W każdym jednak razie przypadki przytoczone osłabiają nieco znaczenie dotychczasowe tłoczni brzusznej. W końcu wykazują one, że odczuwanie bolów porodowych nie jest koniecznie potrzebne, a urodzenie się płodów żywych obala przypuszczenie Zweifla, który, wychodząc ze stanowiska celowości w naturze, sądził, że celem odczuwania bolów porodowych jest to, aby rodzące były zmuszone głęboko oddechać i krew swoją w ten sposób dostatecznie nasycać tlenem, tak potrzebnym płodowi podczas skurczu macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Schmidt. **Leczenie chorób skórnych promieniami Roentgena.** (*Dermatologische Zeitschrift.* B. XI, Heft 1, 1904). Autor przedstawia zastosowanie promieni Roentgena w leczeniu chorób skórnych i wyniki, otrzymane tym sposobem leczenia. Działania ujemnego na wzrost i rozmnażanie się drobnoustrojów nawet przy bezpośredniem naświetlaniu hodowli płytkowych nie udało się dotąd wykazać; natomiast naświetlanie X-promieniami wywołuje wybitne w skórze zmiany histologiczne, jak zwyrodnienie naskórka, gruczołów potnych i łojowych, włosów i wreszcie objawy zapalne. Zależnie od siły promieni i czasu działania następuje bądź wypadanie włosów, bądź powstają słabsze objawy zapalne w postaci przekrwienia, lub silniejsze w postaci zapalenia skóry, połączonej z obrzękiem i tworzeniem się pęcherzyków, lub też, jako wyraz najsilniejszego zadziałania promieni, może wystąpić zgorzel skóry. Wskazania do leczenia naświetlaniem obejmuje według S. trzy grupy chorób skórnych: 1) choroby włosów jak: strupień woszczynowaty, figówka, włosozrost niszczący, bujny porost; 2) nowotwory nabłonkowe o złośliwym i dobrotliwym charakterze, a mianowicie brodawki, powoli wzrastające guzy rakowate i guzy rakowe usadowione na powierzchni. Posługiwano się dwoma metodami leczenia zapomocą promieni Roentgena: według Schiffa i Freunda używa się do naświetlania rur Roentgenowskich słabiej działających, tak zw. twardych, a naświetlanie niemi odbywa się kilkakrotnie przez czas dłuższy, dopóki nie wystąpi odczyn w postaci lekkiego zaczerwienienia w miejscu naświetlanem. Druga metoda Kienböcka polega na jednorazowem naświetleniu rurami działającemi energiczniej, tak zw. miękkiemi. Drugą metodę uważa autor za bezpieczniejszą, gdyż przy pierwszej działanie promieni może się potęgować, zwłaszcza że odczyn, służący za wskazówkę w kierunku ilości naświetlań, występuje w kilka, a nawet kilkanaście dni po naświetleniu i wskutek tego nie jest on następstwem ostatniego naświetlenia, ale poprzednich, może nawet z przed kilkunastu dni, zatem nie raz przy tej metodzie może się zdarzyć, że stosuje się kilka a nawet kilkanaście naświetlań bez potrzeby, a co gorsza z wielką nie raz szkodą chorego. W sześciu przypadkach nie nadającego się do operacyi raka sutka, leczonych zapomocą naświetlania, w jednym tylko autor zauważył zupełne zniknięcie guza nowotworowego wielkości głowy dziecka, przyczem również znikł przerost gruczołów nadobojczykowych, ale chora zmarła wśród objawów ogólnej chery, spowodowanej wewnętrznymi przerzutami. Bardzo dobry wynik otrzymał S. w przypadku strupnia woszczynowatego głowy u chłopca 9-letniego; zupełne zaś wyleczenie w całym szeregu przypadków, a mianowicie: w jednym przypadku bujnego porostu, w czterech figówki pospolitej, w dwóch figówki pasorzytniczej, trądzika i brodawek; po jednym: 2 nabłoniaki i wrzód gruźliczy. Na podstawie swojego doświadczenia przychodzi autor do przekonania, że przy ostrożnem postępowaniu zastosowanie promieni Roentgena może mieć wielkie znaczenie w leczeniu chorób skórnych. *Dr. Stopczański.*

Dr. Bassenge. **Leczenie i zapobieganie przewlekłej zimnicy.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Na podstawie dwóch przytoczonych przypadków chorobowych, w których zimnica podzwrotnikowa i używanie chininy doprowadziły do znacznego upadku sił, zaleca autor stosowanie chininy tylko tam, gdzie dało się wykazać plasmodye we krwi. W tym celu stosuje on zimne natryski wprost na przerosłą śledzionę, co według autora ma się przyczynić do pojawienia się plasmodyów w obwodowem krążeniu, a więc i ułatwia ustalenie rozpoznania. Powinniśmy we wszystkich przypadkach przewlekłej zimnicy badać krew i to w ośm dni po przerwie w podawaniu chininy, gdyż przy podawaniu jej pasorzyty znikają z obwodowego krwiobiegu. *Dr. Salzer.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Cytarynę, jako lek przeciwdnawy, podawał Leibholz (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 7) w kilku przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. Podając 3—4 razy dziennie po 2 gramy można przerwać ostry napad dny; w przypadkach przewlekłych nawet po wyżyciu 8 gramów nie zauważono żadnych złych skutków, a guzy dnawe (*tophi*) zmniejszały się. Leibholz sam na sobie wypróbował też skuteczność cytaryny w ostrych napadach dny. Również Doc. Schreiber (*Centralbl. f. Stoffwechsel.- u. Verdauungskr.*, 1904, Nr. 6) zaleca cytarynę przeciw dnie.

O nawykowom nadużywaniu weronalu — »*veronalismus*«. Weronal stał się modnym lekiem nasennym: wszyscy klinicyści ogłaszają przeważnie korzystne wyniki. Wobec tego wskazanem jest zwrócenie uwagi na pouczający przypadek Rud. Landenheimera, dowodzący, że stosowanie weronalu przecież łączy się z niebezpieczeństwem. Pięćdziesięcio-letni morfinista spał bardzo dobrze po 0·5 weronalu tak, że nie potrzebował już nocnej dawki morfiny i dlatego nabył w składzie aptecznym 250 gramów weronalu. Wkrótce przekonał się, iż lek ten, zażyty także wśród dnia, sprowadza stan przyjemny, podobny do lekkiego odurzenia wyskokowego. Zażywał go więc 2—3 razy dziennie, bez dawkowania. W przeciągu 2-ch miesięcy wyżył 250 grm., czyli więcej, niż 4 grm., dziennie. L. wyciąga następujące wnioski: 1) Przytoczone spostrzeżenie potwierdza z jednej strony względną nieszkodliwość weronalu, nawet w dawkach wielkich i często powtarzanych, z drugiej jednak poucza, iż mogą wystąpić bardzo niepożądane wpływy uboczne, co prawda po dawkach, przekraczających dawkę leczniczą. 2) Weronal może, podobnie jak inne przetwory odurzające, sprowadzić uczucie dogody (euforyę), w tem tkwi niebezpieczeństwo nabawienia się „głodu“ weronalowego (weronalizmu). Lekarz więc nie powinien tego leku powierzać choremu, jak się to obecnie dzieje, ufając w jego nieszkodliwość. Że w opisanym przypadku udało się odzwyczajenie od weronalu bez groźnych objawów, zwykle towarzyszących wstrzymywaniu się i odzwyczajaniu, nie powinno uspokoić, ponieważ tu chory mógł wyjątkowo zrównoważyć utratę weronalu morfiną. 3) Czy niebezpieczeństwo weronalizmu jest ogólnem, lub czy następuje tylko u osób szczególnie usposobionych, nie jest rzeczą rozstrzygniętą. (*Die Therapie die Gegenwart*, zeszyt 1, 1904). *Baschkopf.*

W sprawie zapobiegania i leczenia gorączki połogowej. (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 53, 1903). Posocznica połogowa występuje często po ręcznem wydobyciu łożyska; prof. Fehling zaleca ograniczenie tego zabiegu do najkonieczniejszych wskazań i sądzi, że w każdym razie należy spróbować naprzód wycisnąć łożysko, a dopiero, gdy ten zabieg zawiedzie, operować i to wśród najskrupulatniejszej antyseptyki. Ponieważ tylko w 19% przypadków można, mimo najtroskliwszego odkażania, uczynić rękę bezwzględnie jałową, podnosi F., iż prawie bez wyjątku udało się przez wygotowanie i odkażanie bezwzględnie wyjałowić rękawiczkę gumową i dla tego doradza używać do wszystkich badań ginekologicznych i położniczych wyjałowionej rękawiczki gumowej (także położnym). Co do leczenia, to przy miejscowem schorzeniu należy zwrócić naturalnie na nie główną uwagę; podejrzywając nagromadzoną ropę, należy przystąpić jak najszybciej do jej wypuszczenia. Histerektomii w gnilnem zakażeniu połogowem nie można już tak ogólnie polecić, jak dawniej: jest ona wtedy tylko uzasadniona, jeśli rzeczywiście macica jest stale jedynem źródłem zakażenia, jak to się zdarza w zatrzymaniu gnijącego łożyska, w poronieniu posokowem, gdzie bezpośrednie usunięcie gnijącej tkanki jest trudnem lub niemożebnem. Ponieważ nie można się spodziewać po zabiegach operacyjnych w leczeniu gorączki połogowej jakiegoś skutku, przeprowadził F. próbę z przetworami, zawierającymi srebro. Maść Credégo nie skutkowała, natomiast nie można odmówić wartości śródżylnym wstrzykiwaniom kollargolu (*argentum colloidale Credé*). F. wstrzykiwał 2%-owy roztwór i nieraz stwierdził spadek ciepłoty i tętna; dalej — ulgę podmiotową, poprawę snu i łaknienia. Miał jednak i zejście śmiertelne; bądź co bądź można już teraz posługiwać się kollargolem, jako czynnikiem leczniczym w walce z gorączką połogową. *Baschkopf.*

Fedschenko. **Stosowanie maści rtęciowych w leczeniu kiły.** (*Berl. klin. therap. Woch.*, 1904, Nr. 15). Słabą stroną

leczenia kiły wcieraniami jest brak ścisłości naukowej. Ilość maści jest w najwyższym stopniu dowolną i polega wyłącznie na wskazówkach empirycznych. Jak się ma rzecz z dawką, tak i z pytaniem co do miejsc, w których należy wcierać i co do sposobu, jak robić wcierki, jak długo wcierać, czy miejsca wcierane pokryć itd. Autor starał się doświadczalnie wykazać, której z używanych tu powszechnie maści należy dać pierwszeństwo. Odpowiedź na to pytanie uzyska się najprędzej przez obliczenie, jaka ilość przy wcieraniu przenika przez skórę. Doświadczenia autora wykazały, iż o wiele mniej przenika maści przez skórę, niż to dotychczas się przypuszcza: 1 tak z szaruchy wnika tylko 25—30%. Najlepiej daje się wcierać maść rezorbinowa, a po niej wazogenowa. Dla wykazania wiarogodności wyników przytacza F. osoby, które brały czynny udział w doświadczeniach, ponieważ miały wszelki powód do jak najstaranniejszego ich śledzenia. *Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 lipca 1904 r.

Przewodniczy: R. Dr. Prof Rydygier. Obecnych członków 40.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, przewodniczący w kilku słowach zaznacza stratę, jaką poniosło Tow. lek. lwow. przez śmierć ś. p. Prof. W. Niemiłowicza i wzywa obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

II. Przewodniczący podaje do wiadomości członków odpowiedzi jakie zarząd Tow. lek. lwow. wystosował, na listy: 1) Gremium aptekarzy Galicyi zachodniej, 2) centralnego związku przemysłowego i 3) kol. Doc. A. Sołowija.

III. Przewodniczący na wniosek zarządu zaleca gorąco wydanie katalogu informującego, w których instytutach naukowych we Lwowie i jakich czasopism lekarskich szukać należy. Katalog ten zaproponował kol. Doc. P. Kučera i podjął się jego redakcyi. Po konieczne fundusze postanowiono zwrócić się do Rady zawiadowczej.

IV. Kol. Prof. A. Gluziński przedstawia: a) chorego, demonstrowanego już 18 marca b. r. (por. «Przegl. lek.», 1904, str. 266). Zgodnie z rokowaniem, wówczas postawionem, musiano w kilka tygodni później z powodu duszności, wywołanej porażeniem więzadeł głosowych, dokonać tracheotomii. Dzięki temu rękoczynowi chory dziś jest niemal całkowicie zdolny do pracy fizycznej; b) chorego, dorosłego mężczyznę, u którego z powodu symetrycznej zgorzeli palców rąk i nóg dokonano już kilkakrotnie odcięcia i wyłuszczenia palców. Prelegent rozpoznaje u tego chorego zgorzel Raynauda, co szczegółowo uzasadnia przebiegiem cierpienia i rozpoznawaniem różniczkowem.

W dyskusyi przemawia: kol. Wehr, który widział podobną formę zgorzeli symetrycznej R. — Cierpienie w owym przypadku wlokło się od 20 lat. Choremu amputowano już 3 kończyny, czwartą odjął Wehr. Następnie zabierali głos koll.: Marischler, Fels i prelegent.

V. Kol. Doc. R. Barącz przedstawia 31-letniego chorego z zapadniętym nosem, u którego z korzyścią zastosował protezę parafinową. Chory przebył w 19 r. życia kiłę, przyczem zastosował tylko 6 wcierań szaruchy. Jod zażywał przez 3 miesiące. W międzyczasie doznał urazu nosa, spadłszy z konia i w 2 miesiące potem spostrzegł, że nos zaczyna się zapadać coraz bardziej. Zgłosił się do kol. B. 23/4, 1904 Badanie wykazało nos wyraźnie zapadnięty i ubytek przegrody nosowej bardzo znaczny, zaczynający się w odległości około $1^1/_2$ ctm. od otworu nozdrzy, zajmujący chrząstną przegrodę i kość sitową. Po 2 wstrzyknięciach parafiny d. 30/4 i 11/5 nos przybrał kształt prawie prawidłowy.

Kol. B. przedstawia tego chorego z następujących pobudek:

1) Wstrzykiwanie parafiny w celu podniesienia zapadniętego nosa jest postępowaniem nowszem i nie jest jeszcze ustalonem przekonanie, czy używać parafiny miękkiej, czy twardej.

2) Po wstrzykiwaniach parafiny, osobliwie miękkiej, zauważono ciężkie następstwa, a mianowicie zatory w żyle ocznej (Lesser), tętnicy środkowej siatkówki, zatory w płucach. Należałoby zatem w przyszłości wymyśleć modyfikacye, zmierzające do zapobieżenia tym następstwom.

3) Wreszcie w ostatnich czasach pojawiła się w piśmiennictwie polskiem praca B. Sawickiego, który przy zapadniętym nosie, tak urazowym, jak i w następstwie kiły (ubytek przegrody nosowej), poleca metodę Israela, t. j. wszczepiania drzazgi kostnej, wziętej z kości goleniowej, jako postępowanie z wyboru i wyraźnie poleca zaniechanie prób z wstrzykiwaniem parafiny dla wspomnianych ciężkich następstw.

ad 1) t. j. jakości parafiny, to kol. B. użył mieszaniny parafiny płynnej, t. j. zwykłej białej waseliny, z parafiną stałą, w stosunku 3:1, W tym celu rozpuszcza parafinę płynną w stałej, wyjaławia mięszaninę w łaźni wodnej i wstrzykuje po nieznacznem oziębieniu zwykłą strzykawką Pravaza. Parafina taka topnieje w ciepłocie 47° i daje zbitość prawidłowej tkanki nosa. Wystarcza do tych wstrzykiwań zwykła strzykawka Pravaza.

ad 2) Zatorom można zapobiedz przez dodatek adrenaliny do płynu znieczulającego. Kol. B. do 10·0 — 0·5% roztworu kokainy dodaje 4 kropel adrenaliny (Parke Davis) i wstrzykuje z tego po wyjałowieniu około pół strzykawki Pravaza, przez co osiąga zupełne znieczulenie tkanek i znaczną niedokrewność miejscową. Przez tę anemizacyę wykluczone bywa nakłucie większej żyły. Gdyby w kaniuli pojawiła się krew, wkłuwałby ją w inne miejsce.

ad 3) Metoda Israela stanowi zabieg o wiele bardziej powikłany, dlatego oddaje kol. B. pierwszeństwo wstrzykiwaniom parafiny dla przytoczonych już wyżej powodów, nadto wyniki kosmetyczne zastosowania metody Israela nie są lepsze.

Kol. B. stosował nadto wstrzykiwania tej samej parafiny w drugim przypadku zapadniętego nosa z zupełnie dobrym wynikiem, oraz w celu podniesienia blizny, zrośniętej z kością na twarzy, z mniej dobrym wynikiem. Co do ujemnych stron wstrzykiwań parafiny, to zauważył kol. B. właśnie w przedstawionym przypadku dość znaczne zaczerwienienie nosa wskutek rozszerzenia naczyń włosowatych po tym zabiegu i zapytuje, czy który z kolegów podobnego spostrzeżenia nie zrobił? (*Streszczenie własne*).

Po tym wykładzie zabiera głos kol J. Świątkiewicz, zaznaczając, że już kilkakrotnie miał sposobność spostrzegać zaczerwienienie skóry nad protezami parafinowemi. Jedną pacyentkę, która zastrzyknęła sobie parafinę pod skórę policzków, aby je wypełnić, obserwuje nawet od dłuższego czasu. Szpecące, ściśle ograniczone zaczerwienienie skóry nie ustępuje mimo stosowania przeróżnych maści. W ostateczności zdecydował się kol. Ś. na skaryfikowanie skóry i spodziewa się tą drogą dojść do pozytywnego wyniku. Następnie przemawiają koll.: Wehr, przypominając, że stwierdzono już, że te protezy ulegają z czasem wessaniu; Leńko, zwracając uwagę na trudności techniczne wynikające stąd, że parafina twardsza zastyga łatwo w igłach strzykawek specyalnych, zaopatrzonych w termofory i L. Rydygier, który zrobił to samo spostrzeżenie.

VI. Kol. R. Dw. prof. L. Rydygier demonstruje preparat anatomiczny z mózgu chłopca około 16-letniego. Chory dziedzicznie nie obciążony, zapadł w listopadzie 1903 r. na zapalenie okostnej szczęki górnej prawej, której punktem wyjścia był spróchniały ząb. Niemal równocześnie tworzyć się począł głęboki ropień na udzie prawem, który po kilku tygodniach sam się przebił. W grudniu t. r. wystąpił napad podobny do padaczki, który drugi raz powtórzył się w lutym 1904 r. Przez cały ten czas i później aż do dnia wstąpienia do kliniki dokuczały choremu silne bole głowy, którym towarzyszyła apatya, od czasu do czasu pojawiające się wymioty i t. d. Dnia 20 maja b. r. stwierdzono: Nieznaczną sztywność w karku. Czaszka w okolicy skroniowej prawej przy opukiwaniu bolesna. Prawa powieka górna nieco opadnięta, fałd nosowo-policzkowy po tejże stronie wygładzony. Na obu oczach tarcza zastoinowa. Połowicze widzenie na oku lewem po stronie nosowej, na prawem po stronie skroniowej. Ciepłota normalna. Tętno 40. W znieczuleniu miejscowem wytrepanowano czaszkę ponad miejscem bolesnego opuku i z głębi mózgu (z płatu czołowego) wyciągnięto ropę (około 8 grm.). W tem miejscu nacięto opony i do jamki ropnia wprowadzono sączek. Po operacyi przez pierwszych kilka dni chory czuł się lepiej, tętno podniosło się do 60—70 uderzeń na minutę. Potem jednak apatya powróciła, która z czasem przeszła w śpiączkę; na oku lewem tarcza zastoinowa stała się wyraźniejszą i dnia 7 czerwca chory umarł. Sekcya wykazała w płacie potylicznym prawym duży ropień (pojemności około 300 grm.), przebijający już do rogu tylnego komórki bocznej prawej. Prelegent kończy ogólnemi uwagami o technice trepanacyi i chwali świder Sudeka, popędzany motorem elektrycznym.

W dyskusyi przemawia kol. Wehr.

VII. Kol. Dr. S. Feuerstein demonstruje mózg z przypadku, przedstawionego już dawniej w Tow. lek. lwow. przez K. Wilczka po trepanacyi. Podczas autopsyi znaleziono dwa gruzełki odosobnione, z których jeden umiejscowiony był w płacie czołowym, drugi zaś w robaku (*vermis*) górnym móżdżku.

Herman, sekretarz doroczny.

III. Z kółka lekarzy krynickich.

VII. Ciężar gatunkowy kąpieli borowinowej w Krynicy.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

W roku 1878 wspólnie z Prof. Dr. K. Olszewskim oznaczaliśmy ciężar gatunkowy kąpieli borowinowej w Krynicy, robiąc doświadczenia z bardzo małej ilości borowiny i przez wypośrodkowanie przyjęliśmy ten c. g. na 1·151. Tak podałem w mej pracy „O kąpielach borowinowych“, umieszczonej w „Pamiętniku Tow. lekarskiego warsz.“ roku 1879, nadmieniając, że według Valentinera ciężar ten waha się od 1·3, a średnio wynosi 1·17. Tymczasem w roku zeszłym 1903, w czasopiśmie „Der Frauenarzt“, radca sanitarny Dr. H. Helmkampff z Elster w dłuższej pracy o kąpielach borowinowych kategorycznie zaprzecza, jakoby ciężar borowinowej kąpieli był wyższym od c. g. wody, ale przeciwnie dowodzi, że jest niższym, poczem usiłuje obalić wszystkie dotychczasowe poglądy na działalność lecznicza na ustrój, wyprowadzaną z tej jej własności fizycznej.

Mimo, że to twierdzenie musi się wydawać nieprawdopodobnem, bo się sprzeciwia ono prawom fizyki, a to tem więcej, że autor poprzednio w składzie chemicznym borowiny podał, że borowina elsterska posiada blisko dwa razy więcej soli, w wodzie rozpuszczalnych, niż francensbadzka i maryenbadzka, które jako takie podnoszą c. g. kąpieli, dlatego, zamiast rozumowania, postanowiłem przeprowadzić szereg doświadczeń, aby liczbami odeprzeć liczby, podane przez autora z błędnych obliczeń.

Naczynie po odtarowaniu napełniłem wodą wodociągową i otrzymałem, że woda waży po dokładnie do poziomu oznaczony znak 6·150 kil., co przyjąłem jako 6·150 litra, czyli c. g. 1·000. Następnie wylałem wodę, a napełniłem naczynia po dany znak borowiną względnie wilgotną, wziętą z magazynu: ta ważyła 4·225 kilogr., czyli jej c. g. wynosi 0·687. Potem do tej borowiny nalałem 750 ctm.³ wody i wyrobiłem na gęstą masę, która ważyła 4·975 kil., ale jej słup niedosięgał oznaczonej wysokości 19 ctm., a wynosił tylko 14 ctm. Dlatego dopełniłem naczynia do danego znaku borowiną równie gęsto wyrobioną i wtedy waga wynosiła 7·170 kil., czyli c. g. 1·165. Gdy ręką wyrobiłem tę masę jeszcze staranniej tak, że niemal wszystkie grudki były roztarte i dopełniłem naczynie do danego znaku, otrzymałem ciężar 7·350 czyli c. g. 1·194. Następnie gotowałem tę masę borowinową przez godzinę, a na drugi dzień dodałem po sam znak równie gęstą masę, wtedy otrzymałem ciężar 7·400, czyli ciężar gatunkowy 1·203. Poczem odjąłem nieco borowiny, a dolałem wody, aby otrzymać masę tak gęstą, jakiej się używa na rzadkie kąpiele borowinowe i ta ważyła 7·350 kilo, czyli wynosi jej c. g. 1·194.

Z tych doświadczeń się okazuje, że chociaż ciężar gat. borowiny jest niższym od ciężaru wody, bo wynosi 0·687, to jednak po jej zarobieniu z wodą ciągle się ten ciężar podnosi w miarę dokładniejszego wymieszania, czyli w miarę dokładnego usunięcia powietrza, a zastąpienia go wodą. I w tych doświadczeniach ten ciężar gatunkowy z 0·687 podniósł się aż do 1·203. Występuje tu zupełnie naturalne zjawisko, że po dolaniu pewnej dosyć znacznej ilości wody słup borowiny nie powiększa się, ale przeciwnie zmniejsza. Na pominięciu tego zjawiska w obliczeniach polega cały szereg błędów nadmienionego autora, który nie robił doświadczeń bezpośrednich, ale pośrednie. Mianowicie na stronie 208 podaje: „poleciłem wykonać liczne ważenia i mierzenia naszej borowiny (t. j. elsterskiej) i naszych kąpieli borowinowych i te dały następujące liczby przeciętne: 10 litrów wody ważyło 10 kilo; b) 10 litrów borowiny suchej ważyło $6^1/_2$ kilogr.; c) 10 litrów borowiny wilgotnej ważyło 8 klg. Tę część doświadczeń autor prawdopodobnie wykonał, ale całego szeregu następnie podanych nie robił, jeno obliczył, a nie uwzględnił, że słup borowiny po dolaniu pewnej ilości wody się obniża i nie daje pierwotnej wysokości (Badehöhe).

„Do napełnienia wanny do wysokości kąpieli (Badehöhe) potrzeba 260 litrów wody, albo do równej wysokości potrzeba:

na kąpiel borowinową I gęstości: świeżej borowiny 195 kilogr.: 55 litrów wody = 250 kilogr.;

na kąpiel borowinową II gęstości: świeżej borowiny 170 kilogr.: 80 litrów wody = 260 kilogr.“.

Dziwnem jest, że autora nie uderzyło tutaj podane zjawisko, że skoro I gęstości kąpiel borowinowa waży o 10 kilogr. mniej, niż woda, to przez zwiększenie wody o 25 kilogr. w kąpieli borowinowej II gęstości, wyrównywa tę różnicę ciężaru.

Owe 195 kilogr. świeżej borowiny ma pojemność o $^1/_5$ większą według autora (10 litrów = 8 kilogr.), czyli 234 litrów, po dolaniu 55 litrów wody, według mych doświadczeń borowina pochłonie 18 litrów wody, a pojemność się zmniejszy o $^1/_4$, czyli wynosić będzie 180 litrów, do których dodawszy resztę przez autora wyznaczonej wody, tj. 37 litrów, to całość tej masy wynosić będzie 213 litrów, a ważyć będzie 250 kilogr., czyli ciężar gatunkowy borowiny elsterskiej wynosiłby $\frac{250}{213} = 1·176$.

Wobec jednak tego, że autor wyraźnie podał, że się opiera na podstawie licznych ważeń i mierzeń nietylko borowiny, ale także kąpieli borowinowych elsterskich, postanowiłem wykonać to według liczb przez niego podanych, czyli mierzyć i ważyć całą kąpiel borowinową. Udałem się do łazienek borowinowych, gdzie najpierw dokładnie skontrolowałem przygotowaną mi wagę, czy ona ściśle funkcyonuje, potem odważyłem wannę, ciężar jej wagi przywiesiłem w górze, aby się niepomylić, następnie kazałem nalać do wanny wody wodociągowej 230 kilogr., czyli litrów, bo pojemność wanny nie byłaby wystarczyła do dalszych doświadczeń, i gwoździkami, wbitymi w ściany wannę, oznaczyłem wysokość kąpieli (Badehöhe), czyli na ścianie wanny oznaczyłem zwierciadło 230 litrów wody, które do dna wanny wynosiło $40^1/_2$ ctm. Następnie wodę wylano, a wsypano do wanny borowiny świeżej z magazynu 195 kilogr. Wyrównawszy ją do poziomu, okazało się, że ona jest o $4^1/_2$ ctm. wyżej, niż na wannie zrobione znaki, czyli że jej słup wynosi 45 ctm. Dolawszy do borowiny 55 litrów wody, dwóch

silnych robotników tej zbyt gęstej masy należycie wyrobić niemogło, dlatego wyrównano tylko jej powierzchnię, aby się przekonać, jak wysokim jest słup tej masy w wannie i okazało się, że wynosił tylko 36 ctm., czyli stał się niższym o 9 ctm. od słupa borowiny z magazynu, a o $4^1/_2$ ctm. niższym od oznaczonej wysokości kąpieli (Badehöhe). Dolano jeszcze wody i wyrobiono tę masę ciągle jeszcze bardzo gęstą, gęstszą, niż gęste kąpiele borowinowe, doprowadzono do wysokości normalnej, t. j. $40^1/_2$ ctm., wtedy waga wynosiła 275 kilogr.

Z tej części doświadczenia przekonałem się, że 195 kilogr. borowiny z magazynu nie da się rozrobić 55 litrami wody, ale tej wody potrzeba znacznie więcej, bo 80 litrów, by utworzyć masę bardzo gęstą; powtóre, że 195 kilogr. borowiny z 55 litrami wody nie daje wysokości kąpieli, ale jest ona znacznie niższą, mianowicie w mojem doświadczeniu o $3^1/_2$ ctm. na $40^1/_2$ ctm. przy użyciu nie 260, ale tylko 230 litrów wody na oznaczenie wysokości kąpieli, a użyłem tych samych ilości borowiny i wody, jaką autor podaje na wysokość kąpieli z 260 litrów wody.

Ponieważ woda na kąpiel wynosiła 230 litrów, o tej samej wysokości i w tej samej odtarowanej wannie bardzo gęsta kąpiel borowinowa ważyła 275 kilo, przeto ciężar gatunkowy tej masy wynosi $\frac{275}{230} = 1 \cdot 186$.

Następnie kazałem ubrać z wanny blizko połowę tej masy borowinowej do drugiej, dolać wody i starannie wyrobić w obu wannach tak, aby masa borowinowa była taką, jakiej się używa na średnio rzadkie kąpiele, poczem napełniono wannę do oznaczonej wysokości i wtedy ciężar kąpieli okazał się znowu ten sam, t. j. 275 kilo, czyli c. g. pozostał niezmieniony. To zjawisko tem się tłómaczy, że poprzednia masa borowinowa nie mogła być dokładnie wyrobioną, w grudkach borowiny zostało jeszcze wiele powietrza, które po większem rozrzedzeniu wody i dalszem wyrabianiu rękami dokładniej zostało wydalone, a zastąpione wodą. A więc poprzednio podany ciężar gatunkowy był jeszcze za nizki, a i tej rzadszej borowiny również uważam za nizki, bo przy prażeniu i wyrabianiu borowiny w kotłach całkowicie będzie powietrze wydalone, a wtedy c. g. jeszcze się podnieść może, jak to otrzymałem w doświadczeniach, robionych w domu.

Na podstawie obliczenia ciężaru gatunkowego kąpieli borowinowych elsterskich na 1·000 lub 0·961 autor podaje na stronie 209 takie wnioski:

„To są tak male różnice c. g. wody, a borowiny, że wcale nie należy ich uwzględniać“.

„Zatem widzimy, że musimy porzucić stare pobożne wiary w zwiększone ciśnienie kąpieli borowinowej na ciało. Tem samem odpadają wszystkie dalsze wnioskowania, które z tego wysnuwano i rozmaitemi przyozdabiano określeniami jak mięsienie, ucisk (Druckmassage, Kompression)“ itd.

Zapewne, że miałby autor słuszność, gdyby przez niego oznaczony c. g. był prawdziwym i gdyby ciężar kąpieli wodnej wynosił 260 kil., a borowinowej 250; ale nie wtedy, jak to wykazałem, gdy kąpiel borowinowa waży 308 kil., czyli jest o 48 kil. cięższą; zatem kąpiel borowinowa jest przeszło o $^1/_5$ cięższą, niż kąpiel wodna, a to jest różnica bardzo duża i dla ustroju obojętną być nie może.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 lipca.

* *„Związek austryackich Towarzystw lekarskich w Wiedniu przysyła nam z prośbą o umieszczenie następującą odezwę, skierowaną do wszystkich lekarzy w Austryi:*

„Do Wydziału zarządzającego „Związku Towarzystw lekarskich“ nadeszły zapytania, z których wynika, że nie wszyscy koledzy znają stosunek „Związku“ z jednej strony do „Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót“, a z drugiej do Izb lekarskich. Z tego powodu poczuwamy się do obowiązku podać następujące wyjaśnienia:

Usiłowaniom Wydziału „Austryackiego Związku Towarzystw lekarskich“, założonego w r. 1878, oraz „Instytutowi zapomogowemu dla wdów i sierót“, utworzonemu przez tenże w r. 1882, powiodło się zjednać liczny zastęp nowych członków i przysporzyć pokaźne zasoby finansowe. Większość Izb lekarskich oświadczyła gotowość płacenia za swych lekarzy wkładki 2 K. rocznie, oraz wziąć na siebie urzędowanie, jako Komisya krajowa „Instytutu“, któraby miała za zadanie, rozpatrywać prośby o zapomogi i oznaczać ich wysokość

Wydział „Związku Towarzystw lekarskich“ poczuwa się do wdzięczności względem Izb lekarskich za tę pomoc, wyświadczoną zarządowi „Instytutu“. Właściwy zarząd „Instytutu“ jest według obowiązującego statutu rzeczą „Związku Towarzystw lekarakich“; „Instytut zapomogowy dla wdów i sierót“ jest niejako częścią „Związku“, który, wbrew wypowiadanym zdaniom, nie składa się z poszczególnych osób lub członków, lecz jedynie z Towarzystw lekarskich. Natomiast „Instytut zapomogowy“ składa się z poszczególnych lekarzy, pragnących swym wdowom i sierotom zapewnić prawo do wsparć i zapomóg. Ostatecznym celem i dążeniem „Związku“ jest zamienić kiedyś te zapomogi na pensye. Naturalnym wynikiem tej organizacyi jest to, że tylko członkowie Towarzystw, należących do „Związku“, mogą być zwyczajnymi członkami „Instytutu“. Aby jednak wszystkim kolegom umożliwić przystąpienie do „Instytutu“, zaprowadzono kategoryę członków nadzwyczajnych, t. j. takich, którzy do „Związku Towarzystw“ nie należą; tacy mają płacić wyższe wkładki. Przy tej sposobności zauważyć należy, że od 1 czerwca b. r. wszyscy członkowie „Instytutu zapomogowego“ zobowiązani będą płacić także jednorazową wkładkę wstępną, a mianowicie zwyczajni 5 K, a nadzwyczajni 10 K.

Dalszym wynikiem takiej organizacyi jest postanowienie, że tylko Towarzystwa do „Związku“ należące, a zatem tylko zwyczajni członkowie „Instytutu“ mogą mieć wpływ na jego zarząd. Sprawy załatwiają się na wiecach Towarzystw lekarskich, na które każde Towarzystwo, należące do „Związku“, wysyła swych delegatów; na wiecach też odbywają się wybory zarządzającego Wydziału.

„Związek Towarzystw lekarskich“, powołując do życia „Instytut zapomogowy“, spełnił jedno z najważniejszych swych zadań; całkowity atoli zakres jego działania przez to jeszcze nie został wyczerpany. Dalsze istnienie „Instytutu“ jest koniecznością: Izby lekarskie nie uczyniły go zbytecznym, bo „Związek“ reprezentuje organizacyę całego lekarskiego stanu w Austryi, a organizacyę tę popierać i wzmacniać jest obowiązkiem każdego kolegi we własnym swoim interesie. Reprezentowany przez „Związek“ stan lekarski w Austryi ma przedewszystkiem za zadanie popierać Izby w ich czynnościach, a tam znów, gdzie ustawa kładzie tamę działalności Izb lekarskich, występować, o ile siły starczą, w obronie interesów lekarzy. Życzyć więc należy, by i te nieliczne Towarzystwa, które dotychczas do „Związku“ nie należą, przyłączyły się do niego i nie żałowały drobnego rocznego wydatku, wynoszącego 20 halerzy od członka; a w ten sposób dokonałoby się ostateczne uzupełnienie organizacyi stanu lekarskiego w Austryi.

Za zarządzający Wydział „Austryackiego Związku Towarzystw lekarskich“: *Dr. A. Loew, Dr. Svetlin, Dr. Lerch, Dr. K. Kohn, Dr. Ed. Fischer, Dr. Skorscheban, Dr. H. Adler, Prof. Dr. Finger, Dr. Heim, Dr. Schmarda, Dr. Scholz.*

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Leon Mirtenbaum.

* Redaktor „Zdrowia“ (Dr. Wł. Janowski), mając na oku jedynie pożytek pisma, prosi Radę Towarzystwa higienicznego warszawskiego o zwolnienie go z tego stanowiska. »Urząd ten jest więc do obsadzenia«. (*Zdrowie*, 7).

* Kierownik kliniki chirurgicznej w Wiedniu, Dr. Eiselsberg otrzymał wezwanie do objęcia katedry w Uniwersytecie berlińskim po ustępującym w stan spoczynku prof. Königu.

* Prof. higieny w Giessen, Dr. Gaffky, otrzymał wezwanie do objęcia kierownictwa berlińskiego Instytutu dla badania chorób zakaźnych w miejsce R. Kocha.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Roger mianowany został profesorem patologii doświadczalnej i porównawczej w Paryżu. Dr. Wolff mianowany profes. nadzwycz. psychiatryi w Bazylei. Dr. Svenson mian. profes. nadzwyczajnym psychiatryi w Upsali. Dr. Menge mianowany kierownikiem kliniki położniczo-ginekologicznej w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Scarenzio, prof. dermatologii i chorób wenerycznych, zmarł w Pawii.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 28. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 28. Gębarski: Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej Rzętkowski: Działania katalityczne i zaczynowe.

— *Głos lekarzy* Nr. 14 zawiera: Wywiady w sprawie partactwa lecznicznego. — Taryfa lekarska. — Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Przeciw specyfikom. — Czy lekarze mają sobie nawzajem płacić honoraryum? — Odezwa komitetu lekarzy okręgowych.

— *Postęp okulistyczny* (lipiec) Bier: O metodach fotometryi, stosowanych w higienie wzroku. Kramsztyk: Krwotok do ciała szklistego, rozpoznany jako napad jaskry.

— *Zdrowie* Z. 7. Wernic: Stan zdrowotny dzieci szkół miejskich Kalisza. Jaworski: Wpływ warunków higienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu.

— *Ginekologia* Nr. 6. Mars: Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki. Bujalski: Macica dwoista. Krwistek maciczny i jajowodowy. Cięcie brzuszne Cykowski: Przyczynek do kazuistyki cięcia cesarskiego.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 7. Gorjanović-Kramberger: O genezi Krapinskich toplica. Rakovac: Občenite indikacije za akratotherme. Mai: O načinu i uspjesima liečenja u Krapinskim toplicama.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 28. Pelnaře: Anatomický nález při posunčině těhotných (dok.). Dvořák: Endemie tyfová v kr. česk. zem. nalezinci a porodnici r. 1902 a 1904 (c. d.). Heveroch: Atrofie svalová typu Charcot-Marie (dok.). Cisler: O Krigově okénkovité resekci přepážky nosni.

— *La Presse médicale* Nr. 54. Jayle: Technika histeroktomii, wykonywanej z powodu raka szyjki drogą brzuszną. Comar i Buvat: Toksykomania: Kilka słów o jednym przypadku heroinomanii.

— Nr. 55. Reclus: Stowaina, lek sprowadzający bezbolesność miejscową. Thomas: Leczenie histeryi i neurastenii przez odosobnienie i psychoterapię. Mayor: Rzekoma nerka wędrująca.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28. Lohr: Przypadek ostrego zatrucia solami chromowemi z samoistną cukrzycą, wyleczony przepłókiwaniem żołądka rozczynem azotanu srebrowego metodą Jakscha. Dunham: Tłuszczowy wyciąg z nerek zawierający lecytynę. M. Koch: Ciało obce (żelazo) wgojone w lewej komorze serca. Voss: Nowy plan chirurgicznego leczenia ropo-posocznicy pochodzenia usznego. Lubliński: Uwagi nad wyroślami gruczołowatemi. Coester: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia wiądu (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28. Grossmann: Uwagi nad stosowaniem morfiny w przebiegu chorób serca. Alt: Leczenie wrodzonego obrzęku śluzakowego gruczołem tarczykowym. Bettmann: Poronne leczenie ostrej rzeżączki. Becker: Przyczynek do rozpoznawania zwężenia odźwiernika. Flatau: Zapalenie nerwu wzrokowego w durze rzekomym. Treutlein: Przyczynek do nauki o pierwotnej gruźlicy kiszek u cielęcia. Calmann: Wydobycie wysoko ustawionej główki zapomocą zwykłych kleszczy. Saniter: Nowa technika leczenia nieżytu szyjki macicznej. Moebius: Kościec zmacerowanego płodu w macicy. Uffenheimer: Przyczynek kliniczny do bakteryologii wrzodliwo-błoniastego zapalenia gardła (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Wertheim: Sprawozdanie o trwałych skutkach, oczekiwanych po operacyach raka macicy, rozszezonego na części sąsiednie. Kapsammer: Chirurgia nerek i czynnościowe rozpoznanie. Herrmann: Promieniotwórczość źródeł Karolowych Warów. Fleckseder: Biologiczne odczyny wyciągów z tasiemca. Hahn: Dwa przypadki podskórnego rozdarcia mięśnia dwugłowego ramienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29. Raehlmann: Składniki krwi widzialne ultramikroskopowo. Oppenheim: Porażenie myasteniczne. Curschmann: Zapalenie opon mózgowych po urazie. Kutner: Rozpoznanie patologicznych szmerów (zaburzenia w zakresie odruchów). Krause: Wyleczenie błonicy miedniczek nerkowych drogą operacyjną. Posner i Kohn: Rozpoznanie i leczenie braku plemników. Voss: Dogodny przyrząd do kateteryzowania w przebiegu chorób usznych. Köbner: Etyologia i terapia, specyalnie balneoterapia łuszczycy pospolitej.

Redakcya otrzymała: Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 28 (od 10/VII do 16/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 26; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 20, kob. 23; zamiejscowych: męż. 8, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 2, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 13, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem** miej. 43, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.
Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.
Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.
Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental").

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen").
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen").
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva").
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln").

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa").

Kołobrzeg.
Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.
Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan").
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**